

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N° 356

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jacques, Denis COLBERT

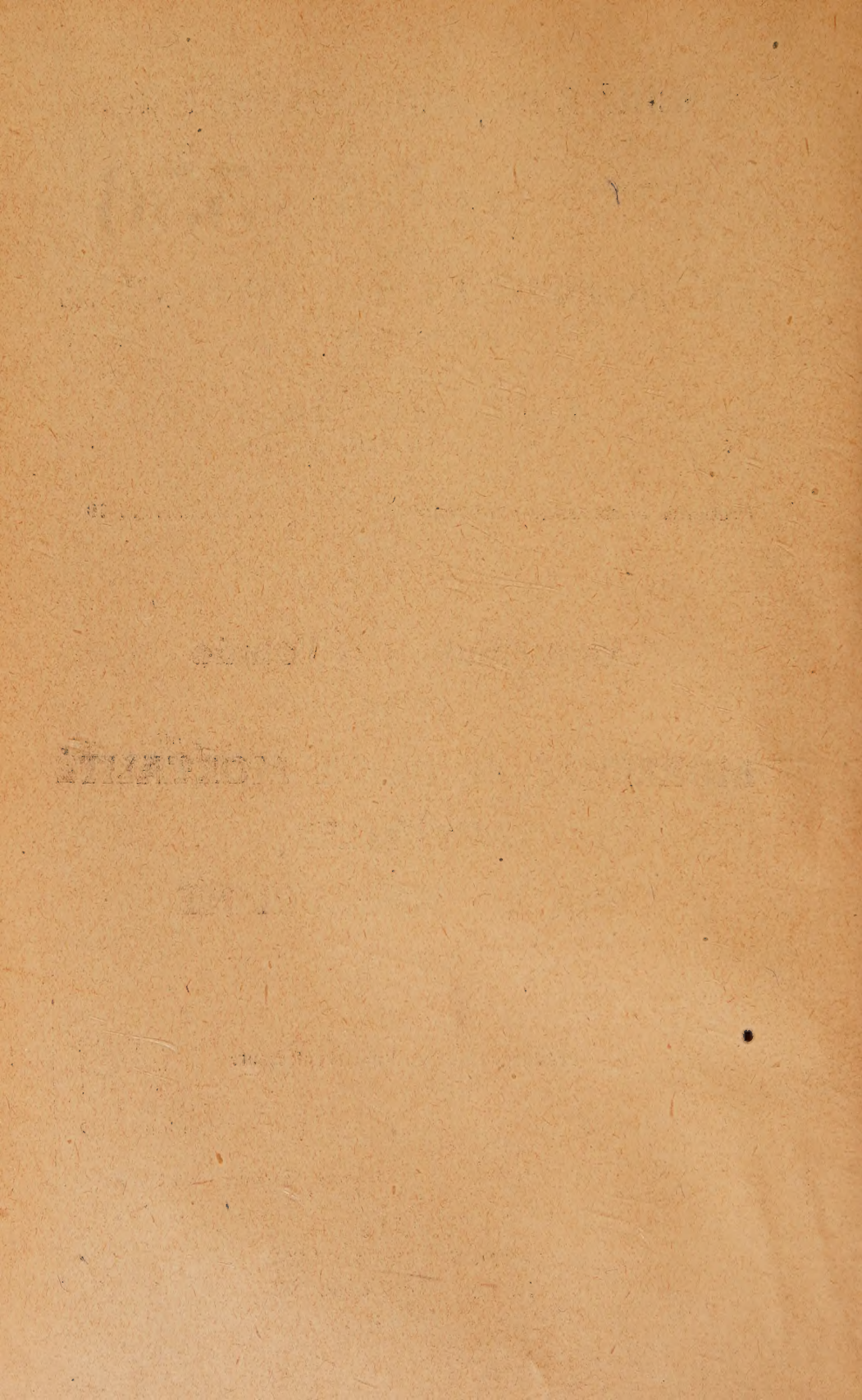
Né le 4 juillet 1914, à Hauteville (Ain).

Présentée et soutenue publiquement le 22 DEC 1942 19

**Contribution à l'étude
DE LA
MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ
ACTUELLES
PAR LA TUBERCULOSE**

Président : M. HARVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **COLBERT.**

Prénoms: **Jacques, Denis.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

COLBERT (Jacques, Denis). — Contribution à l'étude de la morbidité et de la mortalité actuelles par la tuberculose. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 111 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

COLBERT (Jacques, Denis). — Contribution à l'étude de la morbidité et de la mortalité actuelles par la tuberculose. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 111 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

COLBERT (Jacques, Denis). — Contribution à l'étude de la morbidité et de la mortalité actuelles par la tuberculose. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 111 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

COLBERT (Jacques, Denis). — Contribution à l'étude de la morbidité et de la mortalité actuelles par la tuberculose. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 111 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jacques, Denis COLBERT

Né le 4 juillet 1914, à Hauteville (Ain).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

Contribution à l'étude

DE LA

MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ

ACTUELLES

PAR LA TUBERCULOSE

Président : M. HARVIER, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieuz, 29

1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBÉRTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
Clinique médicale	P.-VALLÉRY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	MONDOR.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	BROCQ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	NATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	DONZELOT.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	DOGNON.
	GIROUD.
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BESANCON Justin.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
JOUELAIRE (Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.	RENARD	Ophthalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SOULIE	Pathologie médicale.
FUNK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
Mlle GAUTHIER	Anatomie pathologique.		
VILLARS	Pathologie médicale.		
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
Il... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON FRERE RAOUL

Mort pour la Patrie le 20 mai
1940.

A MON PERE, A MA MERE

J'offre ce travail en témoignage de profonde piété filiale.

A MA FEMME

A MON FILS RAOUL

A MES FRERES ET A MA SŒUR

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Professeur de Thérapeutique
Médecin des Hôpitaux (Cochin)
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*En témoignage de profonde re-
connaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRE JACQUELIN

Médecin de l'Hôpital Necker

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus vive pour le remarquable enseignement qu'il nous a dispensé pendant notre trop court passage dans son service hospitalier.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGES :

1935-1936 MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBE.

In memoriam.

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNEO.

1936-1937 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ

R. MOREAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER.

EXTERNAT :

1938-1939 MONSIEUR LE DOCTEUR R. TOUPET.

1939 MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE.

1940-1941 MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ

ETIENNE BERNARD.

1941-1942 MONSIEUR LE DOCTEUR A. JACQUELIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN MARIE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. TURIAF

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

*En témoignage de ma vive
reconnaissance.*

A MES AMIS

MESSIEURS LES DOCTEURS :

J.-M. AGEORGES, F. BELDERRAIN, P. CHAMPAGNE,
MATHIEU, H. MOLLARD, R. PIGEON

INTRODUCTION

*« Il ne faut pas se lasser de
montrer l'influence de la guerre
sur la mortalité tuberculeuse. »*

(BURNET)

Il n'est pas douteux que l'influence malheureuse des guerres sur la tuberculose déjà signalée après 1870 et 1914, se fera de nouveau sentir à l'occasion des événements actuels. Depuis deux ans, déjà, de multiples avertissements ont été donnés pour attirer l'attention sur l'extension de la tuberculose.

Ce redoutable fléau, qui, en France, avait rétrogradé de près de 50 % dans les années précédant immédiatement la guerre de 1939, semble actuellement subir une nette recrudescence.

Telle est du moins l'impression générale qui ressort de la lecture de nombreux articles, et dont l'expression la plus récente est l'œuvre de notre Maître M.-A. JACQUELIN qui, avec ses élèves TURIAF et CARLOTTI, vient d'attirer l'attention sur *« la fréquence actuelle des tuberculoses graves et sur l'influence néfaste de la vaccination antivariolique »*.

Tous les auteurs mettent essentiellement deux facteurs en évidence : la fréquence et la gravité actuelles de la tuberculose.

Sommes-nous au seuil d'une évolution de cette endémie, susceptible de nous conduire à un stade comparable

au grand épisode tuberculeux de la deuxième moitié du xix^e siècle ? Cette question angoissante posée par MOINE, traduit bien la préoccupation générale.

Aussi, dans un *esprit de synthèse*, nous nous sommes attachés à réunir et à confronter les divers travaux publiés depuis le début de cette nouvelle guerre.

Il nous semble, en effet, faire œuvre utile en revenant sur la question. Certes la réponse à ces deux questions : extension de la morbidité et ascension de la courbe de mortalité, peut paraître encore aujourd'hui un peu prématurée. Ce sera le travail des dispensaires d'hygiène sociale. Mais rassembler et confronter les diverses publications, établir, à l'aide de faits cliniques, le bien fondé des cris d'alarme jetés au sujet de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité actuelles par la tuberculose, a été notre tâche dans la première partie de ce mémoire.

La deuxième partie est consacrée à la discussion pathogénique de la recrudescence de ces facteurs.

Dans la troisième partie, nous essayons de dégager les conclusions que comporte cette double connaissance de l'extension actuelle de la tuberculose et des facteurs sociaux nouveaux qui la conditionnent. Nous tentons enfin dans un dernier chapitre d'indiquer les moyens d'enrayer la menace si pressante du fléau qui compte déjà à son actif tant de malheurs et de victimes.

PREMIÈRE PARTIE

I. — LES DONNEES HISTORIQUES

La recrudescence de la tuberculose en temps de guerre n'est pas un fait nouveau. « La guerre est un facteur déterminant de la tuberculose », ont énoncé en 1930 LÉON BERNARD, MONToux et JACQUET.

Les statistiques de BEZANÇON, EVROT et MOINE sur la mortalité tuberculeuse à Paris depuis 1865, montrent que sur la ligne régulièrement descendante du taux de mortalité par tuberculose se situe un clocher assez élevé, correspondant aux années 1870 et 1871.

Alors que la mortalité par tuberculose en 1868 et en 1869 était à Paris, du taux de 528 décès pour 100.000 habitants, elle atteint en 1870, 664 décès et 737 en 1871, pour retomber à 462 en 1872. Ainsi donc la tuberculose fit à Paris 900 victimes de plus que les armes.

De même les graphiques montrent une élévation analogue du taux de la mortalité par tuberculose au cours de la grande guerre de 1914-1918. Tous les travaux français et étrangers font ressortir la nette recrudescence de la maladie qui augmenta progressivement dans tous les pays d'Europe du début à la fin des hostilités et diminua par la suite.

En France, en 1913, le taux de mortalité tuberculeuse était de 213 par 100.000 habitants, alors qu'en 1906 elle était encore à 229. Or ce taux s'est élevé à 267 et même à 278 en 1918, pour retomber à 220 à partir de 1920 et atteindre 120 en 1936.

Cet accroissement de la mortalité par tuberculose a surtout été sensible dans les départements occupés.

« Active ou latente, la tuberculose évoluant sous forme pulmonaire ou ganglionnaire, a donné en territoire occupé, à Lille par exemple, une mortalité double du chiffre habituel et cela malgré la diminution de moitié de la population » (BRETON et DUCAMP).

Voici quelques chiffres :

A Lille, pour 100.000 habitants la proportion de décès , était en 1913 de 306; elle passa en :

1914 à 315

1915 à 387

1916 à 443

1917 à 540

1918 à 573.

A Roubaix la mortalité tuberculeuse est passée de 248 (toujours pour 100.000 habitants) en 1913, à 498 en 1918; à Tourcoing de 196 à 555. De même dans les campagnes avoisinant ces villes elle passa pendant le même temps de 146 à 347.

Il en fut de même dans le reste de l'Europe; les états non-belligérants ne firent pas exception.

Au Danemark, par exemple, il s'est produit notamment dans les villes, une forte augmentation du taux de la mortalité tuberculeuse : le taux qui, en 1913, était de 126 décès pour 100.000 habitants est monté à 158 en 1917; dès 1918 il avait fléchi et se rapprochait du taux d'avant guerre.

Mêmes remarques pour la Norvège, la Suède. Aux Pays-Bas le maximum de mortalité a été atteint en 1918 avec 39 % d'augmentation.

Les pays de l'alliance furent plus durement touchés encore. En Allemagne, la mortalité par tuberculose a presque doublé pendant la guerre pour l'ensemble du pays : 37 % de plus en 1918 par rapport à 1913 (HAMEL),

mais le nombre des décès a plus que doublé dans les villes de plus de 15.000 habitants (HELM). D'après les statistiques du *Zeitschrift für Tuberkulose* (1912) la mortalité à Berlin, qui était de 156 pour 100.000 habitants, en 1913, est passée à 292 en 1917, et à Vienne de 302 à 425. A Mayence on relève les chiffres de 220 en 1914 et de 430 en 1918, tandis que pour les mêmes périodes ils étaient respectivement pour Paris 328 et 295 (donc en décroissance) et pour Londres 130 et 171. Par contre à Varsovie, ils passent de 306 en 1913 à 840 en 1917. En 1918, PRINZING, comparant la mortalité de 1918 par tuberculose (c'est en 1918 qu'elle atteignit son maximum), avec celle des années 1911 à 1914, trouve les augmentations suivantes :

Vienne	75	%
Basse-Autriche	61	%
Haute-Autriche	10	%
Allemagne	52,7	%

alors que pour l'Angleterre elle augmente de 21,6 %.

Ainsi nous notons, du fait des guerres 1870-1871 et 1914-1918, une forte augmentation de mortalité par tuberculose.

La morbidité par contre, est plus difficile à apprécier. Néanmoins, KESSLER, relève à Rostock chez les enfants, 19 % de tuberculoses cliniques en 1918 contre 5,3 avant la guerre, tandis que DRUGG (de Cologne) insiste sur la fréquence des tuberculoses chirurgicales, surtout ganglionnaires. De même on a observé des « épidémies » de tuberculose ganglionnaire dans les camps de prisonniers de guerre, chez les Autrichiens internés en Sibérie (PLANNER-WALDINPHAFF, 1921) et plus récemment chez les soldats boliviens prisonniers au Paraguay (MARCH et BOETTNER, 1938). Enfin, dans leur remarquable exposé au congrès de Strasbourg en 1923, BRETON et DUCAMP,

rapportent les résultats de l'examen de 18.036 enfants des écoles de la région de Lille, Roubaix, Tourcoing, vus au lendemain de la guerre : 3,92 % étaient des tuberculeux avérés : 49.01 % suspects d'infection.

II. — LES DONNEES ACTUELLES

Sans être taxé de pessimisme, il est trop vrai qu'il faille aboutir en ce moment aux mêmes constatations que celles faites au cours des précédentes guerres.

Les avis sont unanimes. Déjà au sujet de la mortalité des six premiers mois de 1941, MOINE note un développement de 20,4 pour 100 dans la mortalité due à la tuberculose pulmonaire et une augmentation de 30,4 pour 100 dans celle due aux autres formes de tuberculose viscérale (comparativement à la moyenne du premier trimestre de 1939).

Pour la morbidité il en est de même : les statistiques publiées ne sont pas nombreuses. Elles sont en effet difficiles à réaliser en ce moment, surtout dans les villes où il se fait un brassage inaccoutumé de population (avant tout du fait des évacuations) mais la conviction qui ressort de tous les articles est impressionnante, elle a presque la valeur d'une certitude. Dans tous les départements on signale non seulement une recrudescence de la morbidité, mais encore une aggravation de la tuberculose.

MM. BEZANÇON, EVROT et MOINE, jetaient l'alarme à l'Académie de Médecine dès juillet 1940.

Puis le 30 mai 1941, à propos d'une communication de MM. A. RAVINA, PECHER, BUCQUOY et M^e PUJOL, s'ouvrait à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris une discussion sur la « fréquence et la gravité actuelle de la tuberculose ».

A. RAVINA et ses collaborateurs ont été frappés, en

effet, depuis quelques mois, par l'importance de la gravité des formes de tuberculose pulmonaire qu'ils ont eu l'occasion de constater, tant en clientèle privée, que dans le service de tuberculose pulmonaire et le Centre de Triage de l'hôpital Boucicaut.

Les formes cliniques qu'ils ont observées se présentent sous différents types : la plupart de leurs malades ont évolué sous le type de la broncho-pneumonie tuberculeuse bilatérale étendue et à évolution rapide, la classique phtisie gaïopante. Un certain nombre de sujets ont également présenté des formes lobaires, des pneumonies caséeuses, tendant rapidement à s'excaver. Ils ont rencontré aussi un grand nombre de formes micro-nodulaires, de granulies généralisées, de localisations extra-pulmonaires, en particulier méningées. Ils ont été frappés enfin du nombre de primo-infections et de leur gravité ; plusieurs de leurs malades, transplantés depuis deux ou trois ans de leur campagne dans les grandes villes, n'ont fait leur primo-infection que depuis les événements de mai-juin 1940. Beaucoup de ces formes ont été sévères. Plusieurs sont apparues chez des sujets déjà âgés.

En résumé, déclarent-ils, « nous avons constaté, d'une manière qui nous paraît incontestable : d'une part, une augmentation très nette de la morbidité tuberculeuse ; d'autre part une proportion anormalement élevée de formes d'emblée très graves chez des sujets qui jusqu'à ces derniers mois étaient en parfaite santé apparente et faisaient même souvent des travaux de force ».

Au cours de la discussion qui suivit, différentes opinions furent émises :

M. RIST, a été frappé comme M. RAVINA, de la proportion des tuberculoses graves, rapidement mortelles que l'on observe actuellement.

Par contre il ne croit pas que les cas de tuberculose en général aient beaucoup augmenté de nombre. Achevant en ce moment le dépistage systématique des lycéens, il a fait environ 10.000 examens radioscopiques à cette

occasion. Le nombre des cas de tuberculose dépistés ne dépasse certainement pas, parmi les adolescents de cette catégorie, celui qu'il a trouvé avec BIDOU, lorsqu'ils ont pratiqué le même dépistage en 1939 et 1940.

M. BRULE, dans un gros service de médecine générale, a observé d'une part l'augmentation extrême de gravité des tuberculoses des séreuses : pleurésies, péritonites, polysérîtes.

L'évolution rapide et la bilatéralisation précoce des tuberculoses pulmonaires, rend très exceptionnelle la possibilité thérapeutique. Il déclare que son collègue Etienne BERNARD a attiré son attention sur la fréquence des adénopathies tuberculeuses cervicales, associées à des bacilloses pulmonaires évolutives.

M. HUBER a demandé à son interne de faire dans les salles de médecine générale de son service (non spécialisé) des Enfants-Malades un relevé indiquant le nombre des malades hospitalisés (36) le nombre de cuti-réactions négatives à la tuberculine (20) et le nombre de réactions positives (16). Sur ce dernier lot de malades, ils ont recherché combien de cas s'appliquaient à des sujets en bon état, indemnes de manifestations évolutives, ne présentant à la radiographie que des ombres hilaires discrètes : ils n'en ont trouvé que 2; les 14 autres malades étaient porteurs de manifestations cliniques actives, soit graves, soit plus discrètes, mais témoignant cependant d'un processus actif : érythème noueux, fièvre avec complexe ganglionnaire, pachypleurite, sclérose pulmonaire notable.

Cette proportion d'atteintes évolutives leur a paru devoir être retenue.

M. AMEUILLE, comme nous le verrons à propos d'une autre de ces publications, mentionna la fréquence des pneumonies caséeuses.

M. Guy ALBOT : au cours des examens médicaux des candidats aux Centres de Jeunesse, n'a pas trouvé parmi

les candidats une proportion plus forte que celle observée par RIST et BIDOU dans les lycées, mais les jeunes moniteurs et monitrices ont présenté beaucoup plus fréquemment des lésions (5 pour 1.000 au lieu de 2,1 pour 1.000).

M. ARMAND-DELILLE, enfin a observé dans son service des Enfants-Malades, pendant l'hiver 1939-1940 et au printemps 1940, chez les enfants parisiens qui avaient été évacués, un nombre plus considérable que les autres années, de granulies, généralisées ou à prédominance pulmonaire, et de méningites tuberculeuses. Il a, en second lieu, examiné les malades d'un centre d'hébergement de la Croix-Rouge, où on reçoit des prisonniers rapatriés au titre de « dienst unfähig », pour tuberculose.

Sur 100 sujets, il y avait :

- 22 cas de tuberculose à évolution rapide (lobite).
- 7 cas de broncho pneumonie généralisée.
- 45 cas d'ombres radiologiques anormales dont un certain nombre avec expectoration bacillifère.
- Une vingtaine étaient atteints ou convalescents de pleurésie séro-fibrineuse.

A la suite de cette importante discussion à la Société Médicale des Hôpitaux, de nombreux auteurs s'associerent à ces préoccupations. Voici les principales opinions :

MM. JACQUELIN-TURIAF et CARLOTTI : ont vu dans les deux salles du service de Médecine générale de M.-A. JACQUELIN, 107 tuberculeux hospitalisés du 1^{er} janvier au 25 juin 1942 contre 70 dans la même période de 1941, soit une augmentation de 39,2 %.

M. MOINE : présenta les résultats enregistrés par Mlle SIMONET, de 1938 à la fin de juin 1941, dans les dispensaires de Beauvais et de Compiègne (Laboratoire bactériologique départemental de l'Oise) :

La fréquence des demandes d'examens d'expectoration a progressé de 38 % dans le périmètre d'action du dispensaire de Beauvais et de 101 à Compiègne; le taux

des examens positifs pour 1.000 consultants nouveaux s'est accru respectivement de 44,5 et de 47,3 pour 100 et les examens positifs ont passé de 129 à 202 pour 1.000 à Beauvais et de 100 à 169 à Compiègne.

L'extension de la tuberculose paraît donc, d'ores et déjà, fort inquiétante ainsi que le traduisent les taux moyens de l'activité de ce laboratoire, qui croissent de 54,3 en 1938 à 59,1 en 1939; à 722 en 1940 pour atteindre, en 1941, 211 expectorations bacillifères pour 1.000 échantillons examinés. Considéré par rapport à 1938, l'accroissement de cette intensité bacillaire est de 290 %.

MOINE a, par ailleurs, noté dans les comptes rendus, transmis au Comité National de défense contre la tuberculose, que le rapport des crachats positifs à la totalité des examens bactériologiques était de plus en plus étroit.

Enfin il rapporte que les Assurances Sociales, de leur côté, ont constaté dans ces derniers mois une recrudescence de la tuberculose chez leurs assujettis, et que les primo-infectés étaient plus jeunes.

M. BETHOUX (de Grenoble)

Signale la fréquence actuelle de la méningite tuberculeuse chez les adolescents et les adultes.

De janvier à octobre 1941, il a eu 8 cas de méningite tuberculeuse, chez des sujets de 17 à 50 ans; 4 firent une méningite d'apparence primitive ou extra-pulmonaire.

Cette recrudescence des méningites tuberculeuses chez les adultes a été également remarquée par MM. AUGUSTE et PARIS.

MM. DE LEOBARDY et MARCLAUD.

Ont remarqué l'augmentation de la malignité de toutes les formes de tuberculoses et spécialement la fréquence anormale de la bilatéralisation immédiate au cours de l'installation du pneumothorax.

M. BERTHET.

Note la recrudescence de la tuberculose observée dans les dispensaires antituberculeux de l'Isère depuis quelques mois :

Gravité chez l'adulte, gravité des primoinfections chez l'enfant et fréquence des méningites tuberculeuses emportant les enfants atteints de condensations pulmonaires habituellement curables.

MM. N. FIESSINGER, LEROUX et FAUVET ont observé pendant le premier semestre 1941, 11 cas de tuberculose granulique contre un cas pendant la même période de 1938 : sur ces 11 cas, 7 concernent des sujets de quarante à soixante ans.

MM. AMEUILLE, DAUPHIN et BOURDIN

A propos d'une pneumonie tuberculeuse mortelle avec hypersécrétion bronchique terminale signalent; « *un trait particulier de la tuberculose en 1941* » : tuberculose infiltrée de la partie moyenne du poumon droit, à évolution grave et rapide que l'on est en droit d'appeler *pneumonie caséuse*.

MM. KISSEL, LECOANET et Mlle SERVAIS

Insistent sur ce fait qu'en raison des restrictions alimentaires actuelles, ils observent couramment chez le vieillard des lésions tuberculeuses de forme et de localisation exceptionnelles. Ils ont ainsi vu des myosites tuberculeuses, localisation tuberculeuse rarement rencontrée dans les temps normaux.

MM. STILLMUNKES et LASERRE

Voient maintenant des formes graves en plus grand nombre qu'autrefois, pour un nombre de tuberculeux à peine plus grand qu'avant guerre.

Ce sont des formes granuliques, broncho-pneumoniques, et surtout des formes ulcéro-caséuses banales. Ces dernières évoluent rapidement et se bilatéralisent vite.

MM. VIE, Pierre BOURGEOIS, Mlle MESSIN et ARNAUD

Ont déclaré à la Société Médicale psychologique que dans le pavillon des Asiles de la Seine, la mortalité par tuberculose a augmenté de 18 % en 1940 à 27 % en 1941. Cette augmentation est liée à la fréquence des formes aiguës à évolution rapide. Les épanchements pleuraux primitifs présentent une gravité pronostique inaccoutumée. Ils ont vu apparaître des formes aiguës chez des sujets récemment encore indemnes.

M. DAUMEZON

Au cours de la même séance, indiqua l'augmentation du nombre des décès par tuberculose dans son service, tandis que

MM. PICARD et BRIAU

Signalèrent la fréquence dans leurs services, des formes péritonéales.

MM. MACQUET et BRETON

Ont publié une statistique établie sur 10 ans, montrant la vie sanitaire d'un dispensaire d'Hygiène Sociale contrôlant une population ouvrière de 40.000 âmes.

Ils trouvent une augmentation actuelle globale de 70 % du nombre des tuberculoses. Le décompte de ce pourcentage montre la très faible progression du nombre des tuberculoses ouvertes et la poussée ascensionnelle considérable des primo-infections. Les âges extrêmes de la vie sont plus durement touchés. Les primo-infections dans leur ensemble sont plus malignes, plus tenaces, moins résolutes.

Les formes extra-pulmonaires, pleurales ou ganglionnaires et les granulies se remarquent par leur fréquence inusitées et leurs aspects cliniques anormaux.

La fonte caséuse brutale des lésions de type broncho-pneumonique, la bilatéralisation d'emblée, l'évolution sont les caractères à signaler au premier plan des formes actuelles.

De même à propos de 16 observations, ils insistent sur la gravité toute particulière de la tuberculose rénale actuelle chez les jeunes.

Importance des lésions anatomiques, soudaineté de leur apparition, fonte caséuse massive, atteinte sévère de l'état général, fréquence des complications tuberculeuses post-opératoires malgré les interventions systématiques, sont les caractères qu'ils tiennent à signaler.

MM. DUTHOIT, WAREMBOURG et BOCQUET

Ont comparé l'aspect anatomo-clinique et évolutif de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et du vieillard chez des malades entrés à l'Hôpital de la Charité de Lille respectivement pendant les années 1935 et 1941. Ils ont noté en 1941 (pour un nombre sensiblement égal de malades à celui de 1935) :

1°) Une fréquence accrue des formes aiguës, surtout des broncho-pneumonies (26 en 1941; 10 en 1935).

2°) Une rapidité plus grande de l'extension lésionnelle : 24 ont eu en 1941 après trois mois d'évolution une tuberculose bilatérale étendue, contre 4 en 1935.

3°) Une fréquence augmentée des tuberculoses extra-pulmonaires et mixtes : 64 au lieu de 24.

MM. RAVANET, GIRARD et BRUN

Ont remarqué la particulière fréquence depuis quelques mois des adénites cervicales tuberculeuses chez les sujets âgés.

MM. GERNEZ, RIEUX, DUTHOIT et WAREMBOURG

Ont de même mis en évidence la fréquence inusitée ces derniers mois dans la région du Nord, chez l'adulte et le vieillard de localisations osseuses ou articulaires, de pleurésies séro-fibrineuses, enfin et surtout, d'adénites bacillaires. Celles-ci sont 4 fois plus nombreuses qu'avant guerre. Assez souvent il s'agit de récidives de tuberculoses ganglionnaires éteintes depuis de nombreuses années (10 à 45 ans chez certains malades). Ces tuberculo-

ses ganglionnaires se développent le plus souvent sans atteinte pulmonaire et s'accompagnent d'une altération profonde de l'état général.

MM. RIST et AMEUILLE

Rappellent que chez des prisonniers de guerre très démunis (prisonniers autrichiens en Sibérie, prisonniers boliviens au Paraguay) on a observé « des épidémies d'écrouelles » coïncidant avec des tuberculoses pulmonaires graves. Actuellement on voit un type de tuberculose 1941 où les lésions viscérales de réinfection sont infiniment plus graves, plus rapidement évolutives et accompagnées d'adénopathies caséuses volumineuses et étendues, d'une forme presque inconnue dans notre pays, il y a deux ans.

M. COURCOUX

Toujours au sujet des adénopathies, a présenté une note statistique sur le réveil actuel, depuis quelques mois, soit sous forme de péri-adénite, de poussées d'adénopathie hypertrophique, ou d'adénites suppurées, de ces adénopathies qui, après une régression favorable et parfois très ancienne, s'étaient maintenues telles depuis longtemps et permettaient de penser à une guérison définitive. Ce réveil coïncide avec la réactivation de nombreuses tuberculoses locales ou pulmonaires, et en particulier avec l'augmentation en nombre et en gravité de la tuberculose des adolescents.

M. PELLE

Etudiant la tuberculose du noir, signale l'extrême fréquence chez lui de l'adénopathie médiastine. Sur 700 noirs réformés pour tuberculose, elle a été constatée 550 fois (78 %).

MM. P. BOURGEOIS et DIDIER

S'inquiètent de la gravité actuelle de la tuberculose infantile. Ils comparent 1937-1938 et 1931. Le pourcen-

tage qui était de 15 % en 1937 et de 8 % en 1938, est de 45 % en 1941.

MM. SORREL et LASERRE

Ont publié une statistique de la Clinique Médicale Infantile de Toulouse qui montre un accroissement très sensible du taux de la mortalité par tuberculose chez les enfants, surtout dans la deuxième enfance et au moment de la puberté.

MM. HUBER, COLLESSON et ROUECHE

Rapportent l'enquête sur l'état actuel des enfants, instituée par le Comité National de l'Enfance, à la demande du Secrétariat Général à la Famille et à la Santé. 118 médecins répondirent à diverses questions dont l'une nous intéresse spécialement « fréquence et évolution de la tuberculose et des primo-infections tuberculeuses ».

L'apparition de formes graves granuliques, de lobites rapidement excavées, de pneumonies caséeuses, la bilatéralisation fréquente s'opposant au pneumothorax thérapeutique sont relevées par tous les auteurs. Les primo-infections avec érythème noueux suivies d'évolutions graves sont mentionnées souvent. Il semble que la fréquence des cuti-réactions positives, d'abord peu augmentée tend à s'accroître et que, chez les sujets sensibilisés, la fréquence d'évolutions sévères soit nettement plus grande.

MM. CAYLA, LAUNAY et BOULANGER-PILET, par contre, signalent au nom de la Société des Médecins inspecteurs des Ecoles de la Seine que les examens systématiques pratiqués dans les écoles pour le dépistage de la tuberculose ne semblent pas avoir montré un accroissement sensible du nombre des primo-infections et des tuberculoses de réinfection.

MM. TROISIER, BARIETY et BROUET

Rappellent la fréquence actuelle dans les centres urbains des primo-infections des tuberculoses graves de l'adulte jeune évoluant rapidement vers la mort.

Les résultats d'une enquête personnelle rejoignent ces opinions. Nous avons fait des recherches dans deux centres urbains et dans deux régions agricoles.

Originaire des Basses-Pyrénées nous avons étudié grâce à l'obligeance du Docteur LAMAISSON, les dossiers du « Dispensaire antituberculeux de Bayonne et du Pays Basque ». Toute la région essentiellement agricole s'étendant au sud de l'Adour dépend de ce dispensaire.

Nous avons noté le nombre de tuberculeux (T) dépistés parmi les consultants (C) pendant les années 1937 et 1938 et d'autre part pendant les années 1940, 1941 et les deux premiers trimestres de 1942.

1937	C	T
Premier trimestre	181	79
Deuxième trimestre	191	57
Troisième trimestre	314	80
Quatrième trimestre	164	85

1938	C	T
Premier trimestre	162	75
Deuxième trimestre	248	66
Troisième trimestre	281	67
Quatrième trimestre	159	70

1940	C	T
Premier trimestre	196	79
Deuxième trimestre	239	83
Troisième trimestre	116	48
Quatrième trimestre	100	43

1941	C	T
Premier trimestre	171	31
Deuxième trimestre	218	47

Troisième trimestre	126	36
Quatrième trimestre	109	31
1942	C	T
Premier trimestre	156	54
Deuxième trimestre	302	82

On remarque immédiatement que l'activité n'a pas subi d'augmentation et que parmi les consultants le nombre des tuberculeux n'est pas plus grand qu'avant guerre.

Il en est de même au dispensaire de Chateaubriant (Loire-Inférieure) auquel s'adresse la majorité des communes d'un arrondissement de vingt cantons essentiellement agricoles. L'activité a même baissé sensiblement, par suite des difficultés de transports, ce qui explique l'augmentation dans la région des formes graves, les malades ne venant plus consulter que très tardivement.

Mais il s'agit de deux régions qui ont souffert au minimum du fait des restrictions alimentaires, aussi nous sommes adressés au Docteur BERCHON, Médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de la Gironde qui dirige le dispensaire « Laënnec » pour un secteur de Bordeaux-ville, le dispensaire « Arnozan » pour toute la banlieue sud de Bordeaux, le dispensaire de Facture pour toute la région avoisinante, et celui d'Arcachon pour cette Ville et les bords du bassin. Voici ce qu'il a bien voulu nous dire :

A. — Morbidité :

1) Au point de vue de la *quantité* : jusqu'à présent le nombre des tuberculeux décelés dans les dispensaires n'a pas nettement augmenté.

2) Au point de vue de la *qualité* des lésions :

a) *Activité* : les nouveaux cas ne paraissent pas plus actifs qu'auparavant. De même pas de re-

prise plus fréquente d'activité pour les malades déjà suivis.

α) Evolution en profondeur (ulcération) : les examens de nouveaux malades ne révèlent pas plus de lésions ulcéreuses qu'avant, ni de processus ulcératifs plus accentués chez les anciens malades.

β) Evolution en surface (extension des lésions, bilatéralisation).

Tous les degrés avec la même fréquence qu'avant son retrouvés chez les nouveaux malades.

Parmi les anciens consultants suivis, au contraire, leurs lésions s'étendent en surface plus souvent qu'avant, avec à peu près le même caractère qu'autrefois (fibro-caséose pour un ancien fibro-caséeux, ulcératif pour un malade déjà ulcéré, par exemple). De même il y a davantage de cas de bilatéralisation soit en dehors de tout collapsus, soit au cours de pneumothorax artificiel.

C) — *Infection* :

Dans tout ce qui précède, le Docteur BERCHON ne croit pas pouvoir être formel; mais, au point de vue de la nature infectante des tuberculoses, la situation critique actuelle se fait beaucoup plus nettement sentir. Les tuberculeux dont l'état général se maintenait peu ou prou, sans guère de secousses, voient celui-ci s'altérer nettement, et cela, hors de proportion des tuberculoses qu'ils présentent.

De même il est porté à sa connaissance qu'un assez grand nombre d'entre eux, contrairement à ses prévisions en raison de la forme de leur affection, se sont éteints peu à peu, sans gros incidents, sans évolution nette, sans hémoptysie. Cela nous conduit à étudier :

B. — *La mortalité.*

Ce qui précède fait prévoir une mortalité plus grande M. BERCHON ne peut citer des chiffres, car dans tout dis-

pensaire de nombreux malades sont rapidement perdus de vue, mais cette augmentation est certaine.

Mais elle paraît plus attribuable à la « consommation » qu'à l'évolution locale ou l'activité accrue des lésions. Consommation liée à des causes qui seront étudiées dans la deuxième partie de ce travail.

Dans un autre département, M. AMSLER, Médecin-Chef des dispensaires de Maine-et-Loire, a noté une recrudescence de la tuberculose non seulement dans les villes; mais aussi dans les campagnes. A Angers par exemple; il a noté une augmentation des tuberculeux dans certains orphelinats et asiles d'aliénés, non seulement parmi les malades mais aussi parmi le *personnel hospitalier*. Dans un établissement où l'on décelait de temps à autre un ou deux cas parmi le personnel, les malades ont plus que *décuplé* : dix à douze cas sont diagnostiqués chaque année depuis le début des hostilités.

D'autre part au point de vue aggravation, M. AMSLER a notamment observé la fréquence nettement plus grande des primo-infections malignes, la fréquence anormale de primo-infections avec réaction pleurale et la rupture d'équilibre chez des malades bien stabilisés.

Que faut-il conclure de ces diverses opinions ?

Sur un point, tous les auteurs sont unanimes : la tuberculose a subi une *aggravation* dans ses diverses formes. Celles-ci sont beaucoup plus *extensives*, beaucoup plus *rapidement évolutives*, beaucoup moins influençables par la collapsothérapie.

De même, il est indéniable que sont réapparues des formes *inaccoutumées* : énormes adénopathies, polysérites chez le vieillard; la méningite, assez rare habituellement chez le tuberculeux pulmonaire est devenue depuis quelque temps, l'ultime évolution de nombreux malades.

Il n'est pas douteux, selon l'expression de BORDET et d'AMEUILLE, qu'il y ait « une tuberculose 1941 » condi-

tionnée par certains facteurs spéciaux que nous étudierons dans les pages suivantes.

Sur le second point les avis divergent. Pour les uns l'extension de la fréquence de la tuberculose est certaine; pour d'autres avec RIST et AMEUILLE, rien n'est moins certain. A l'appui de la première thèse on peut signaler par exemple l'activité plus grande des dispensaires, l'augmentation du nombre des assurés sociaux atteints par la maladie; mais d'autre part la visite systématique dans les scolarités et les chantiers de jeunesse ne décèle pas une morbidité plus grande.

Ces divergences montrent bien qu'il est encore trop tôt pour répondre d'une manière absolue à cette question. Que la tuberculose ait augmenté dans les grands centres urbains, il le semble; mais la fréquence n'a certainement pas subi une évolution semblable dans les petits villes de province et dans les campagnes. Mais en tous cas la régression de la tuberculose, sensible avant 1940, est *actuellement partout différée*.

Voilà où réside le danger. Jusqu'à présent seuls les malades et les anciens malades ont fléchi dans l'ensemble, expliquant l'aggravation des formes cliniques vérifiée par tous les phthisiologues, mais il est à craindre, si les circonstances de vie actuelles se poursuivent encore quelque temps, que la résistance du terrain des sujets sains ne fléchisse. On pourrait alors redouter une recrudescence de la fréquence dans les campagnes comme dans les villes.

En somme, fréquence relativement peu augmentée (mais seulement pour le moment), par contre aggravation déjà sensible de la tuberculose, semblent être la juste mesure des choses.

Il s'agit là d'une vue toute provisoire. L'avenir nous dira si « les sujets porteurs de bacilles et les tolérant bien, de tuberculeux latents qui le seraient restés toute leur vie, deviendront des tuberculeux au sens clinique du mot ».

III. — LES FAITS CLINIQUES

Nous venons de rapporter, un peu au hasard de la plume, les avis les plus autorisés. L'impression générale est que l'on assiste en ce moment à des *modifications dans les aspects cliniques de la maladie*.

A. — LA TUBERCULOSE CEREBRO-MENINGEE,

a repris une place digne d'être notée. Elle est devenue plus fréquente à la fois chez l'enfant comme terminaison de primo-infections graves, mais habituellement curables, et chez les adultes, tuberculeux avérés qui, fait assez exceptionnel en période normale sont actuellement maintes fois emportés par une localisation cérébro-méningée.

Chez l'enfant et l'adolescent, cette recrudescence a été soulignée l'an dernier par MM. BETHOUX et BERTHET, et cette année par MM. AUGUSTE et PARIS. Nous avons vu nous même deux cas de méningites suraiguës dans le service de M.-A. JACQUELIN : l'un chez un adolescent de 16 ans, l'autre chez une jeune femme de 23 ans, frappés tous deux en pleine santé apparente et emportés en une douzaine de jours. Ils ont retenu l'attention de MM. JACQUELIN, TURIAF et CARLOTTI par leur évolution foudroyante et le nombre considérables de B. K. identifiés dans le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION N° 1

Maurice D..., 16 ans, entre dans notre service, salle Vernois, le 28 février 1942, pour un syndrome méningé aigu avec manifes-

tations délirantes, hallucinations et fièvre à 40°. Le début des manifestations présentées remonte à moins d'une semaine environ. Elles furent brusques et inopinées dans leur installation. Dans les antécédents on révèle une pleurésie gauche, un an auparavant, qui avait guéri sans séquelles apparentes, l'enfant étant rentré depuis deux mois chez ses parents après un séjour de plusieurs mois dans un préventorium de la région parisienne d'où on l'avait renvoyé une fois achevée la convalescence.

A son entrée dans le service, le diagnostic de méningite tuberculeuse est cliniquement évident. La P. L. fournit un liquide C. R. clair dans lequel on identifie : Alb. 0,85 ; leucocytes 29 à la cellule de Nageotte, dont 70 polynucléaires et 30 lymphocytes et 74 B. K. dans le culot de centrifugation de 2 cc. de L. C. R.

La mort survient dix jours après l'entrée du malade dans le service.

OBSERVATION N° 2

La malade, âgée de 23 ans, manœuvre en usine, entre salle Chauffard le 20 mai 1942, envoyée par son médecin, pour syndrome méningé, installé progressivement en dix jours.

Sa mère est morte d'un cancer. Son père et ses deux sœurs sont bien portants. A l'âge de 12 ans elle a eu une pneumonie, une pleurésie droite en septembre 1941 qui dure trois mois et nécessite son hospitalisation.

Elle reprend son travail, mais reste fatiguée, amaigrie, dysménorrhéique, sans que l'on retrouve de signes de bacillose pulmonaire.

Le 10 mai 1942 apparaissent des céphalées fronto-occipitales permanentes avec insomnie, paroxysmes nauséux et vomissements, puis la température monte et oscille entre 38-39°.

L'examen à son entrée nous la montre en assez bon état général. Elle est somnolente, photophobique, répondant avec difficulté aux questions mais bien orientée dans le temps et l'espace. Elle se plaint de céphalées violentes permanentes avec nausées et vomit.

L'exploration du système nerveux précise :

— Une raideur méningée discrète avec ébauche bilatérale de signe de Kernig ; la nuque est enraidie et très douloureuse.

— La force musculaire, les réflexes tendineux et cutanés sont normaux; il n'y a pas de paralysies oculaires, ni de troubles sphinctériens; la respiration et le pouls sont réguliers; le fond d'œil normal; la T. A. à 13-8.

— A la base droite il existe une légère submatité avec diminution du murmure vésiculaire, reliquats de la pleurésie; on ne trouve pas de signes parenchymateux.

— L'abdomen est souple, les selles normales, les urines claires sans albumine.

— La ponction lombaire ramène un liquide clair, s'écoulant goutte à goutte. On y trouve 0,85 d'Alb. : 109 éléments avec 75 % de lymphocytes et 102 B. K. sur le culot.

— Le cliché thoracique révèle l'existence de granulations irrégulières dans les deux champs pulmonaires.

L'exitus a lieu le 2 juin dans le coma.

La tuberculose cérébro-méningée a de même subi une recrudescence très nette chez les bacillaires anciens.

Alors que très récemment encore, J. ARNAUD soulignait à la Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose (Z. N. O.) que les méningites étaient habituellement rares chez les tuberculeux pulmonaires, et ne s'observant le plus souvent que dans les formes miliaires pleurales ou pleurifocales, de nombreux auteurs soulignent la fréquence actuelle.

La rapidité accrue de la marche de la maladie, beaucoup plus extensive, beaucoup moins influençable par la collapsothérapie doit être à la base de cette recrudescence des localisations méningées.

OBSERVATION N° 3

B... Clovis, 46 ans, cantonnier, entré dans le service pour un amaigrissement progressif de 12 kg., grosse asthénie, sueurs nocturnes, le tout remontant à trois mois environ.

Il jouissait jusqu'alors d'une excellente santé, sans aucun anté-

cèdent pulmonaire. Marié, sa femme est bien portante; il a deux enfants, mariés, bien portants.

Mobilisé en 1939, il est réformé en fin septembre 1939 pour une histoire cardiaque (?) : R. T. 2.

Il n'a pas fait l'exode et est resté à Paris. Mais il faisait les queues à partir de 5 heures du matin et se faisait remplacer par sa femme quand il partait à son travail. Il travaillait 9 heures par jour. Gagnant 1600 francs par mois — sa femme ne travaillant pas — ils vivaient donc à deux (nourriture et loyer) pour 1.600 francs.

A l'examen : malade très pâle, amaigri, très asthénisé, faisant 38° tous les jours. Crachat (B. K. +). Les bruits cardiaques sont assourdis. La tension artérielle est à 11-7. Le foie est légèrement gros, non douloureux.

La graphie montre une bacillose bilatérale à nodules broncho-pneumoniques multiples. Huit jours après son entrée, le malade est mort de méningite, survenue brusquement.

En conclusion : *tuberculose grave, survenue très rapidement chez un sujet sous-alimenté. Méningite terminale, survenue alors que rien ne la faisait prévoir.*



LES FORMES AGGRAVEES et LES FORMES A EVOLUTION ECOURTEE ont également attiré l'attention. Des premiers, AMEUILLE et ses collaborateurs ont remarqué la fréquence des *pneumonies caséuses*. « Il y a deux ans on n'observait guère chez les adultes (surtout chez un homme de 45 ans) de tuberculose pulmonaire de ce type. Dans un service d'adultes on en voyait une ou deux par an, et encore chez les sujets plus jeunes. Elles nous paraissent avoir augmenté de fréquence dans les conjonctures actuelles, au moins décuplé. Il nous semble qu'il y a là un trait particulier de la tuberculose en 1941) ».

Il en est de même de toutes les autres formes de phtisies pulmonaires :

Qu'il s'agisse de sujets jeunes ou âgés on ne relève dans l'étude des anamnestiques qu'une brève phase inaugurale de troubles généraux et qu'un minimum de signes fonctionnels d'alarme contrastant avec l'apparente soudaineté des manifestations pulmonaires, remarquables par la rapidité d'extension, l'intensité destructive des lésions révélées par la clinique et l'exploration radiologique, de même que par l'inefficacité des moyens thérapeutiques mis en œuvre.

Voici un certain nombre de cas que nous avons suivis pendant notre stage dans le service de M.-A. JACQUELIN. Un certain nombre de ces observations ont déjà servi à illustrer l'article de notre Maître et de ses collaborateurs TURIAF et CARLOTTI sur « la fréquence actuelle des tuberculoses graves; influence de la vaccination anti-varicelle ».

OBSERVATION N° 4

Mme F... Madeleine, âgée de 18 ans, employée, entre salle Chauffard, le 22 octobre 1941, pour une pneumopathie gauche à évolution aiguë, ayant cliniquement débuté le 11.

Jusqu'alors elle a été bien portante; dans son enfance elle a eu rougeole et scarlatine. Elle vit avec son mari et sa sœur, âgée de 17 ans, en excellente santé; son père est mort en vingt-quatre heures, voici six ans, d'un syndrome abdominal aigu.

Au cours de l'hiver dernier, elle se trouve fatiguée, mais ne tousse ni ne crache et attribue son état à l'insuffisance de sa ration alimentaire.

En mars 1942, sans température, sans point de côté, sans toux, léger crachement de sang, peu abondant et isolé.

Le 11 avril 1942, dans la soirée, brusque hémoptysie de moyenne abondance. Le lendemain et dans les jours suivants : température à 40 légèrement oscillante, sueurs profuses, prostration; dyspnée avec expectoration muco-purulente, non sanglante, sans B. K. (examen du 14 avril). Syndrome de condensation au sommet gauche.

A son entrée, le 22 avril 1942, la malade est très fatiguée, amaigrie. Le teint est plombé, elle a des sueurs profuses; elle est

dyspnéique avec légère cyanose des extrémités; elle se plaint d'un point de côté axillaire gauche, tousses et crache une expectoration muco-purulente.

On trouve un syndrome de condensation à gauche avec vibrations diminuées, submatité, murmure vésiculaire aboli, souffle tubaire et râles humides; le champ pulmonaire droit et les plèvres paraissent normales.

La température est à 39-40°, le pouls régulier mais petit, la tension artérielle basse : 9-6. La langue est humide, l'appétit relativement conservé mais la malade se plaint de douleurs abdominales avec diarrhée abondante et fétide. Le foie est légèrement palpable, son bord inférieur est indolore. La rate n'est pas perçue. La diurèse est abondante, claire, sans albumine.

Le système nerveux est normal.

La formule sanguine montre 2 millions de G. R., 10.000 G. B. avec 90 % de poly.

La cuti-réaction est négative.

En somme pneumopathie à début aigu marqué par une hémoptysie, évoluant de façon grave avec véritable syndrome toxique; on envisage une pneumonie caséeuse; la bacilloscopie est positive.

La radio montre dans la région sous-apicale gauche un bloc triangulaire de condensation. Le champ pulmonaire est indemne.

On institue un pneumothorax bien supporté entraînant un bon collapsus. L'état général s'améliore, la fièvre tombe au-dessous de 38°. L'appétit revient, la diarrhée s'atténue mais les 10, 12 mai, poussée de fièvre, sans signe liquidien à gauche et gros râles humides à la base droite.

La bilatéralisation est confirmée par la radio.

L'état s'aggrave alors rapidement : amaigrissement extrême et escarres.

OBSERVATION N° 5

Le malade, M. D..., âgé de 56 ans, retraité, entre salle Vernois le 6 mai 1942, parce que depuis un mois il maigrit, tousses et crache un peu. Pas d'hémoptysie. Il est marié, père de deux enfants bien portants, et si, durant sa vie, il a présenté des crises doulou-

reuses de l'hypocondre droit avec léger subictère et urines foncées, on ne relève par ailleurs aucun fait d'ordre bacillaire.

L'examen du 7 mai 1942 montre un malade en assez bon état général, mais fatigué et subictérique; il tousse et crache une expectoration muco-purulente.

On relève à l'examen pleuro-pulmonaire une submatité des deux sommets, avec gros râles humides et respiration sifflante. Les plèvres sont libres.

La température est autour de 38°; le pouls régulier, la tension artérielle 12-8.

L'appétit est conservé, la langue est propre, les selles normales; le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt; il est légèrement sensible. Le système nerveux est normal; la bacilloscopie est positive.

La radiographie précise une infiltration non homogène massive et étendue aux deux poumons dans leur moitié supérieure.

OBSERVATION N° 6

La malade, âgée de 35 ans, sans profession, entre salle Chauffard le 6 mai 1942, sur les conseils de son médecin, pour température persistante depuis un mois, toux, expectoration et amaigrissement sensible.

Elle est mariée, sans enfant, elle a toujours été bien portante. C'est sa première hospitalisation. L'examen du 7 mai 1942 nous met en présence d'une femme amaigrie, pâle, aux extrémités cyanosées. Elle est prostrée, très fatiguée, répondant avec difficulté aux questions; elle se plaint d'essoufflement, de points de côté persistants; elle tousse et crache une expectoration muco-purulente.

L'exploration pleuro-pulmonaire extériorise une submatité aux deux sommets avec diminution des vibrations vocales dans les deux champs, gros râles humides et respiration rude. La température oscille entre 38 et 39°, accompagnée de sueurs profuses; le pouls est accéléré, mou, la tension artérielle basse à 8-5.

La langue est humide mais sale, l'appétit inconstant, l'abdomen

ballonné et douloureux, les selles diarrhéiques, les urines rares et foncées.

En somme un véritable syndrome toxique.

La bacilloscopie est positive.

Le cliché thoracique révèle une infiltration massive des deux champs pulmonaires qui interdit toute tentative de traitement actif.

OBSERVATION N° 7

Le malade, M. B... Emile, âgé de 49 ans, peintre en bâtiment entre salle Chauffard le 10 juin 1942, pour amaigrissement progressif, fièvre élevée, toux et expectoration purulente apparus depuis 15 jours.

C'est sa première hospitalisation. Il travaillait voici huit jours encore. Il aurait eu une pleurésie à 10 ans, une gonorrhée à 20 ans. Il existe un éthylisme léger. Sa femme est morte bacillaire à 36 ans, et ses 2 enfants, bien portants sont suivis au dispensaire.

Depuis 6 mois, ce malade a maigri de 16 kilos et se plaint d'asthénie croissante; la radiographie pulmonaire était normale il y a un mois.

En quelques jours, la température monte à 38°-39°, avec sueurs nocturnes abondantes, toux fréquente, expectoration purulente, non sanglante.

A l'examen du 11 juin 1942, le malade est amaigri et très fatigué.

Outre la dyspnée avec légère cyanose des extrémités, la toux, on note une submatité avec diminution des vibrations vocales dans le champ gauche. De gros râles humides à gauche et au sommet droit. Sans signe d'épanchement.

La température oscille entre 38°-39°. Le pouls est rapide. La T. A. basse à 10-8.

La langue est propre, l'appétit conservé. Les urines hautes en couleur, sans albumine.

Le système nerveux est normal.

La bacilloscopie est positive.

Le cliché pulmonaire montre une infiltration massive des deux champs.



La fréquence des PLEURESIES chez les jeunes n'a pas été signalée aussi souvent. Dans le service de M.-A. JACQUELIN leur nombre ne nous a pas paru plus élevé qu'avant mai 1940. De même parmi les malades qui arrivent à Cambo, les jeunes semblent avoir fait d'emblée une localisation pulmonaire, alors que les localisations pleurales sont beaucoup plus rares.

Par contre on aurait remarqué chez les prisonniers de guerre la fréquence plus marquée d'épanchements, certains d'entre eux étant intarissables (TURON).

Mais de plus, les épanchements tuberculeux *chez les âgés* si rares en temps normaux, sont devenus banaux. Les quelques observations que nous rapportons en sont un exemple certain.

OBSERVATION N° 8

B... Marie, 58 ans, femme de ménage, vient à la consultation de M. A. JACQUELIN parce qu'elle se sentait fatiguée depuis trois mois, et qu'elle avait maigri de 4 kilos les deux derniers mois.

On conseille à la malade de se faire hospitaliser dans le service. Elle avait en effet une pleurésie du côté droit.

Elle n'avait jamais été malade pendant sa vie. Son mari est mort depuis 14 ans. Elle a un enfant âgé de 28 ans, bien portant. Mais depuis deux ans en chômage, elle a de nombreuses privations, ayant 10 francs par jour pour se nourrir et payer son loyer.

Cependant l'état général est bon. Elle pèse 45 kilos pour une taille moyenne, mais elle a déjà repris 1 kilo 200 en 15 jours. Elle ne tousse ni ne crache. Sa température oscille entre 37° et 38°.

L'examen somatique ne décèle ni de cardiopathie, ni de K. apparent. B. W. et Hecht négatifs. La graphie montre une pleurésie moyenne droite. Tuberculose fibreuse nette, ancienne, des deux champs pulmonaires.

L'examen cyto-bactériologique du liquide pleural : Rivalta positif; lymphocytose avec rares polynucléaires. Quelques cellules endothéliales. Pas de germes visibles à l'examen direct. Culture négative.

Formule sanguine normale.

En résumé : *pleurésie bacillaire survenue chez une femme âgée ayant subi des privations.*

OBSERVATION N° 9

F... Andrée, 60 ans, couturière consulte M. TURIAF, le 29 juin 1942, pour des douleurs thoraciques, apparues depuis l'hiver précédent et de plus en plus intenses, changeant fréquemment de siège et de caractère, à type d'endolorissement, de gêne, de douleurs en ceinture à la base du thorax, et surtout de douleurs dans les mouvements de flexion de la colonne vertébrale entraînant une rigidité rachidienne complète. Ces algies ont été rapportées tantôt à un lumbago chronique, tantôt à une décalcification, et les divers traitements entrepris n'ont pas amené de résultats.

En même temps que ces douleurs, est apparue une asthénie intense qui cependant n'empêcha pas la malade de continuer son travail, bien que de plus sa température présentât depuis le mois de mai des épisodes vespéraux à 38°.

Sur les conseils de M. TURIAF, elle entre salle Chauffard le 1^{er} juillet. A l'examen on découvre que la malade est porteuse d'une tuberculose mixte, faite de :

- une lésion pottique importante au niveau de D-9 - D-10.
- un épanchement bilatéral.

La graphie montre une tuberculose fibreuse bilatérale ancienne marquée. L'épanchement n'est pas le fait d'un K. ni la lésion de la colonne vertébrale, les chirurgiens ayant été très affirmatifs.

En conclusion : *Mal de Pott accompagné d'un épanchement pleural chez une dame très âgée.*

OBSERVATION N° 10

B... Amélie, 36 ans, sans profession, est envoyée dans le service de M. A. JACQUELIN par son médecin. Depuis 10 jours, en

effet, elle présente des douleurs siégeant dans l'hypocondre droit, un ballonnement progressif du ventre, de l'oligurie avec urines hautes en couleur, une dyspnée intense, surtout nocturne et enfin une asthénie obligeant la malade à garder le lit.

Ses antécédents sont extrêmement banaux, en dehors d'un ictère fébrile en 1935, qui a duré 15 jours. A l'examen l'attention est attirée par un ballonnement abdominal important et tendu, un foie gros et douloureux, un certain degré d'œdème des membres inférieurs, une oligurie intense avec urines foncées, albuminurie. L'examen du culot urinaire ne montre rien d'anormal. L'urée sanguine est à 0,80, la glycémie à 1,33, la tension artérielle à 10-6. La cuti est ++, le B. W. et Hecht négatifs.

Mais d'autre part, il existe une cyanose importante, prédominant à la face et aux membres inférieurs et une dyspnée marquée.

L'examen cardiaque montre un éloignement considérable des bruits avec une augmentation de la matité. Le pouls est à 130. L'hypothèse d'une péricardite est confirmée par la radiographie qui montre un élargissement notable de l'ombre cardiaque. Une ponction ramène un liquide sanglant rutilant, mais ne coagulant pas. L'examen cyto-bactériologique de ce liquide : pas de cellules endothéliales; quelques lymphocytes, quelques monos et polynucléaires, pas de germes visibles à l'examen direct; culture négative; pas de B. W.

Enfin deux jours après, à la base gauche, syndrome d'épanchement sanglant incoagulable, avec 95 % de polynucléaires. Pas de germes visibles à l'examen direct, culture négative, pas de B. K. constatés.

L'état de cette malade est très mauvais, la température est oscillante aux alentours de 38°5. Une radiographie pulmonaire montre une tuberculose fibreuse discrète, mais réelle. Par contre pas de B. K. à l'examen des crachats.

Cette triple association d'épanchement impose le diagnostic de polysérite bacillaire à liquide hémorragique.

Il faut voir une fois de plus dans ces épanchements frappant plus volontiers les gens âgés un changement,

provoqué par les circonstances actuelles dans les formes cliniques de la tuberculose.

Ces localisations chez les gens âgés sont superposables à la fréquence anormale des adénopathies frappant les vieillards, comme nous allons le montrer.



Maints auteurs ont signalé la fréquence accrue des ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES. « Des modifications dans le comportement ganglionnaire vis-à-vis des tuberculoses de réinfection paraissent s'associer aux perturbations actuelles de notre existence ». (AMEUILLE).

Mais si les localisations ganglionnaires sont plus nombreuses elle revêtent surtout, comme le font remarquer RIST et AMEUILLE, une malignité inaccoutumée.

L'hiver dernier, dans le service de M.-A. JACQUELIN, il nous a été donné d'observer deux cas d'adénopathies cervicales qui se sont développées chez des femmes de plus de soixante ans, dans un cortège si impressionnant de signes généraux que seule la rapide évolution vers une large et abondante suppuration a permis de réformer le diagnostic d'adénopathies cancéreuses qui avait été évoqué à l'examen initial.

Ces deux observations nous incitent à revenir sur cette question des adénopathies en temps de guerre.

Pendant la guerre de 1914 leur fréquence fut particulièrement notée dans les départements occupés du Nord de la France. On avait de même noté de véritables « épidémies d'écrouelles » parmi les prisonniers autrichiens en Sibérie, et ces dernières années parmi les prisonniers boliviens au Paraguay.

Et de même les circonstances actuelles nous ramènent une recrudescence des adénopathies. GERNEZ-RIEUX et ses collaborateurs ont ces derniers mois observé à la clinique médicale et phthisiologique de Lille, quinze cas d'adé-

nopathies bacillaires, chiffre considérablement supérieur à celui noté en temps normal (4 pendant la période correspondante de l'année 1937).

Et fait caractéristique cette recrudescence affecte toujours autant les sujets jeunes mais aussi et surtout les adultes et les vieillards.

Ces adénopathies accompagnent des lésions pulmonaires importantes (Et. BERNARD) où d'autres localisations tuberculeuses (COURCOUX). Par contre tous les porteurs d'adénopathies (sauf un) vus par GERNEZ-RIEUX, avaient des poumons intacts, alors que l'atteinte de l'état général était nettement marquée avec en particulier un amaigrissement considérable (3, 7, 14, et même 22 kg.).

D'autre part on a signalé le *réveil* depuis quelques mois de lésions bacillaires sous forme de péri-adénites, de poussée d'adénites hypertrophiques, d'adénopathies suppurées, d'adénopathies qui, après une régression favorable et parfois très ancienne s'étaient maintenues telles depuis longtemps et permettaient de penser à une guérison définitive. On a noté des intervalles de 9, 22, 45 ans, séparant l'atteinte ganglionnaire primitive de la récurrence actuelle, toujours postérieure à mai 1940.

Cette recrudescence actuelle des tuberculoses ganglionnaires, leurs récurrences, sont « le signe d'alarme de la chute de résistance de l'organisme » (COURCOUX). Il y a longtemps qu'on a dit de la tuberculose ganglionnaire qu'elle était la tuberculose du pauvre et l'on peut dire que chaque fois que l'égalité tend à se faire dans le sens de la misère, la tuberculose ganglionnaire voit s'élever son indice de fréquence et de gravité (BORDET).

Ceci explique bien la recrudescence actuelle des adénopathies tuberculeuses.

OBSERVATION N° 11

Le malade, K... Mouloud, algérien, serrurier, âgé de 36 ans, entre salle Vernois, le 27 mai 1942 pour adénopathies cervicales et troubles de l'état général apparus fin avril 1942.

Les antécédents sont banaux : gonococcie en 1932. Une radiographie pulmonaire récente s'est montrée normale.

Dans le courant de février, apparaissent : de l'asthénie, un léger amaigrissement (2 kilos), une légère élévation thermique le soir à 38°, des douleurs lombaires bilatérales et des adénopathies cervicales indolores, se développant rapidement, sans prurit.

A l'examen du 28 mai 1942, le malade est pâle, amaigri, asthénique. D'emblée on est attiré par les adénopathies cervicales, beaucoup plus importantes à gauche. Ce sont surtout les chaînes jugulaires qui sont atteintes, mais aussi les chaînes spinales et trapéziennes.

Les autres aires superficielles sont cliniquement indemnes ; il n'y a pas de signe d'infiltration médiastinale ; par contre, à la palpation profonde de l'abdomen, il semble exister devant la colonne et surtout à gauche, des masses importantes, de la grosseur du poing et indolores.

Les ganglions cervicaux sont durs, indolores, inégaux, formant à gauche une masse de la grosseur d'un poing ; mais ils sont mobiles et mobilisables séparément sans péri-adénite.

Par ailleurs, il n'y a ni toux, ni expectoration, l'appareil pleuro-pulmonaire est cliniquement normal, la température oscille autour de 38, sans prurit.

Le cœur est régulier ; la T. A. à 13-8.

Le système nerveux est normal.

La langue est propre et humide ; l'appétit conservé ; les selles régulières ; le bord inférieur du foie est palpable et indolore ; la rate est largement percevable et son pôle postérieur remonte assez haut le long de la colonne.

La formule sanguine est la suivante : 2.200.000 G. R., 7.200 G. B. avec 80 % de poly. ; 0,5 éosino. et 7,5 monocytes.

Le cliché thoracique montre, à droite, dans la partie moyenne, une zone étendue d'opacité non homogène (avec image de mie de pain).

La biopsie montre un ganglion caséeux et l'examen histologique du Professeur agrégé Delarue en confirme la nature tuberculeuse.

La cuti-réaction est négative.

OBSERVATION N° 12

La malade, H... Mauricette, âgée de 24 ans, fille de salle, entre salle Chauffard le 13 juin 1942 pour troubles de l'état général apparus il y a un mois avec amaigrissement, température et sueurs.

Elle a été bien portante jusqu'à la naissance de sa fille voici un an. Depuis elle a maigri. Il n'y a pas d'antécédents bacillaires. Son mari et ses parents sont bien portants. Il y a quatre mois, aurait eu « un rhume » qui a duré dix jours avec point de côté axillaire et expectoration, « rhume » suivi peu après de douleurs abdominales avec selles abondantes glaireuses, 6 à 8 par jour durant dix jours.

Depuis un mois, la température s'élève progressivement à 39°-40° avec sueurs abondantes et des adénopathies jugulaires droites indolores se développent.

L'examen du 14 juin nous montre une malade pâle, amaigrie, fatiguée; les adénopathies latéro-cervicales droites sont indolores, mobiles, élastiques, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Outre la toux et l'expectoration purulente, on trouve à l'examen pleuro-pulmonaire une submatité au sommet droit avec diminution des vibrations vocales, souffle cavitaire, gros râles humides et pectoriloquie aphone. Le champ pulmonaire gauche, les plèvres sont cliniquement normaux.

La température oscille autour de 38°. Le pouls est rapide. La T. A. basse à 9°-6° $\frac{1}{2}$.

La langue est propre. L'appétit conservé. Les urines claires, sans albumine.

Le système nerveux est normal.

La formule sanguine montre 3.600.000 G. R., 8.000 G. B., avec 78 poly., 2 éosino., 7 mono.

La bacilloscopie est positive. Le cliché pulmonaire montre, à droite, une infiltration massive du sommet et de la partie moyenne, à gauche, une caverne sous-claviculaire.

OBSERVATION N° 13

A... Raymond, 23 ans, maçon entre salle Vernois, à l'hôpital Necker, envoyé par le dispensaire de Gentilly.

Jamais malade jusqu'en 1938, où il fait une adénopathie cervicale bilatérale, traitée d'abord par U. V., puis par des ponctions. Rétrocession en 3 mois environ.

Trop jeune, il n'est pas mobilisé; il fait l'exode dans de bonnes conditions: revenu à Paris ne travaille pas, mais vivant chez ses parents était bien nourri. Il part en Allemagne en novembre 1940. Exerce le métier de mineur, mais ne se plaint pas de son nouveau travail. La nourriture était suffisante, les dortoirs étaient bien aérés, bonne hygiène. Mais les adénopathies cervicales récidivent. Il revient en France et reprend du travail dans le bâtiment. Traitées par U. V., puis par radium les adénopathies disparaissent en deux mois.

Mais le malade passe l'hiver 1941-1942 (octobre à mars) à la prison de Fresnes. Il en sort un peu fatigué mais reprend son travail une quinzaine de jours après. Perdant l'appétit, ayant des sueurs nocturnes très abondantes, il va consulter au dispensaire de Gentilly où une graphie révèle une grosse spéléonque sous-claviculaire droite avec une zone d'infiltration assez homogène limitée par la scissure, le lobe inférieur présente une trame accentuée.

A l'examen, il présente un bon aspect général, sans amaigrissement important. Il est complètement apyrétique, mais il tousse et crache abondamment depuis quelques jours (B. K. +). Bon état de l'appareil digestif, pas d'insuffisance hépatique. Cœur N. T. A. 10-7.

A l'auscultation pulmonaire : petit souffle cavitairé en avant sous la clavicule droite, sur la ligne axillaire, zone de crépitaunts.

Un pneumothorax est institué, il est à son début. Bon pronostic.

Il s'agit donc d'adénopathies cervicales récidivant et accompagnées d'une grosse lésion pulmonaire apparue brusquement, chez un sujet jeune.

LES TUBERCULOSES ATYPIQUES DE JACQUELIN

L'influence des conditions de vie actuelle sur l'évolution de l'important groupe des tuberculoses atypiques d'André JACQUELIN est plus délicate à apprécier en raison même de la difficulté qu'il y a souvent à affirmer la réalité de celles-ci. Néanmoins nous avons acquis la certitude que les tuberculoses atypiques sont dans l'ensemble défavorablement influencées. Certaines d'entre elles évoluent vers des tuberculoses avérées et graves, tels ces deux cas d'asthmatiques que nous avons étudiés dans le service de M. A. JACQUELIN. L'un, un homme de 45 ans frappé d'asthme depuis de nombreuses années vit les manifestations discrètes de bacillose pulmonaire qui semblaient éteintes ou pour le moins stabilisées, se transformer brusquement en une pneumopathie d'allure grave, richement bacillifère. Un pneumothorax pratiqué ne permit qu'un collapsus incomplet, bientôt aggravé d'un épanchement qui en quelques semaines devint purulent grévant très lourdement le pronostic d'une affection qui jusque là ne mettait pas en danger la vie du malade. L'autre observation est celle d'une femme de 48 ans affectée d'asthme tuberculeux depuis près de vingt ans et qui à la suite d'un violent chagrin survenu au cours d'une période de disette alimentaire prolongée, succomba en 18 jours à une broncho-pneumonie et à une méningite tuberculeuses. De même de très nombreux cas d'asthme et de rhumatisme d'origine tuberculeuse, s'ils ne subissent pas en soi de notables aggravations, se compliquent par contre avec une remarquable fréquence d'accidents ganglionnaires (adénopathies cervicales surtout) qui évoluent presque toutes vers la caséification puis la guérison spontanée. Fait à noter la survenue de ces adénopathies ne s'accompagne qu'inconstamment d'une recrudescence ou d'une aggravation de l'asthme ou du rhumatisme. Nous avons étudié ces faits dans l'important

centre que constitue le service de notre Maître André JACQUELIN. Ils apportent une preuve supplémentaire en faveur de l'étiologie tuberculeuse de certains asthmes, rhumatismes chroniques, eczémas, kérato-conjonctivites, etc... en apparence primitifs. Ils montrent enfin que les tuberculoses atypiques n'échappent pas à l'influence défavorable des conditions de vie actuelle et que leur pronostic d'ensemble en est notablement aggravé, comme l'est celui des tuberculoses avérées les plus banales.

DEUXIÈME PARTIE



IV. — DE QUELQUES FACTEURS DETERMINANTS

« Toutes les causes qui, pour une raison ou pour une autre, affaiblissent l'organisme, interviennent comme facteur prédisposant de la tuberculose pulmonaire » (LETULLE et ALBRON).

Il n'entre pas dans le cadre de ce sujet de rechercher tous les facteurs sociaux qui ont un rôle dans la recrudescence de la tuberculose, dans des époques de vie normale, tels l'alcoolisme, les taudis, etc... Ni même le rôle de *contagion*, encore que celle-ci ait été rendue plus facile par les évacuations, le surpeuplement des villes auxquels nous assistons.

Mais parmi « *les causes secondes* », nous désirons souligner le rôle néfaste de certaines d'entre elles qui ont une action particulière du fait des conditions de vie nouvelles créées par les événements actuels.

Nous étudierons ainsi le rôle de la sous-alimentation qui semble-être prépondérant

- du travail des femmes en usine,
- du surmenage scolaire,
- des fatigues occasionnées par l'exode,
- de l'insuffisance du chauffage,
- des grossesses répétées chez les femmes sous-alimentées,
- des épreuves morales qu'entraîne la guerre,
- enfin de l'influence de la vaccination antivariolique.

Facteurs non prépondérants par eux-mêmes, mais

dont l'association est à la base de bien des lésions tuberculeuses diagnostiquées actuellement.

La *sous-alimentation* est sans nul doute le principal facteur étiologique de la progression actuelle de la morbidité et de la mortalité par tuberculose.

« Il faut insister sur cette condition : *aussi longtemps qu'il y a à manger*, la tuberculose n'est pas aggravée » (BURNET).

Ce rôle de la sous-alimentation a été entrevu depuis longtemps : l'accroissement considérable du nombre des décès à Paris, du fait de la tuberculose, pendant les années 1870-1871 a été dû avant tout au défaut de nourriture. Paris eut en effet à subir deux sièges : l'un par suite de l'investissement de la ville pendant quatre mois par les armées ennemies, l'autre par les troupes régulières au moment de la commune (pendant deux mois).

BEZANÇON, EVROT et MOINE, rapportent que d'après les documents officiels, en janvier 1871 la ration était de 300 grammes, d'un pain, qui, en réalité était une sorte de pâte gluante, formée de riz, d'avoine, de chènevis, et de son; la ration de viande de cheval était de 30 grammes et était vendue 12 francs la livre. On conçoit que de telles conditions de vie entraînant un fléchissement de terrain, la mortalité tuberculeuse ait tant augmenté pendant ces deux années là. Mais le rôle de la sous-alimentation a été surtout établi grâce aux données de la guerre de 1914-1918. L'augmentation de la mortalité tuberculeuse est survenue dans les régions où la sous-alimentation avait amené un affaiblissement de la résistance humaine à l'évolution d'infections bacillaires anciennes ou récentes.

En France, les statistiques les plus démonstratives ont été établies par BRETON et DUCAMP dans leur rapport au Congrès de Strasbourg :

Le Comité d'alimentation du Nord de la France, seul dispensateur de denrées, fournissait à tous indistincte-

ment une ration dont la valeur biologique moyenne répondait à 39 gr. 2 d'albumines et 1.460 calories. Certes ces apports alimentaires ont été complétés dans les campagnes par les produits du sol, mais il n'en a rien été dans les grandes villes, et plus particulièrement pour Lille qui, entourée de remparts gardés, ne pouvait être ravitaillée en fraude, tandis que la surveillance était moins sévère (cas plus difficile) pour Tourcoing et Roubaix. Une telle inégalité de souffrance explique la différence de décès par tuberculose d'une part entre les centres urbains et les campagnes et d'autre part entre les villes voisines de Tourcoing, Roubaix et Lille. Dans cette dernière, en 1917, sur 2.533 consultants, le bureau d'hygiène avait relevé parmi les hommes 66 % de malades porteurs d'infection bacillaire caractérisée et 20 % parmi les femmes.

Dans les pays soumis au blocus, ce fut pire. L'Autriche et l'Allemagne eurent comme nous l'avons déjà vu le taux de mortalité tuberculeuse le plus élevé d'Europe. Or ces deux pays sont ceux où la population a subi progressivement les plus grandes restrictions alimentaires pendant la guerre, par suite de l'arrêt des importations et de l'insuffisance de la production intérieure. A l'inverse, à Londres et à Paris, villes qui souffrirent au minimum de restrictions alimentaires, la mortalité dans la première ville subit un accroissement minime, tandis que dans la seconde, elle subit même une légère régression.

Cette action de la sous-alimentation est encore illustrée par l'étude de la mortalité tuberculeuse dans les trois principales provinces de l'Allemagne. Leur comparaison montre bien l'influence décisive de l'alimentation; la Saxe, pays essentiellement industriel, a eu une très forte mortalité; la Bavière, avant tout agricole, a eu un nombre de décès augmenté de 18 % (au lieu de 99 % pour la Saxe); quant à la Prusse qui se trouvait dans une situation mixte au point de vue industriel-production agricole, elle enregistra une augmentation de décès

de 70 %, bien inférieure à celle de la Saxe, tout en étant supérieure à celle de la population bavaroise (ARNOULD).

La comparaison des mortalités tuberculeuses des villes allemandes avec celle des campagnes, conduit à des constatations semblables. Notamment durant l'hiver de 1916-1917, pendant lequel la sous-alimentation fut extrême, l'augmentation de la mortalité par tuberculose atteignit dans les centres urbains allemands presque le double de sa valeur dans les campagnes.

Ses répercussions sur les pays non-belligérants fournissent une preuve remarquable du rôle prépondérant de l'alimentation.

Au Danemark, par exemple, aucun facteur de misère physique ou morale ne peut être invoqué; de même il n'y eut pas de 1914 à 1918 de crise de logement et pourtant la mortalité augmenta. Plus tard il y eut crise de logement et la mortalité subit sa courbe descendante (MADSEN). Mais la masse peu aisée des populations urbaines se trouva complètement privée des aliments d'origine animale, du fait de l'importance des exportations et de l'augmentation des prix qui avaient déterminé une pénurie importante de viande, poisson et beurre. Par contre, en 1917, le blocus général obligea le Danemark à cesser toute exportation et à utiliser toutes ses ressources intérieures, ce qui permit d'assurer aux populations une consommation alimentaire à peu près normale. (KNUD et FABER)

Cet état de chose se reflète dans les statistiques qui situent au Danemark le maximum de mortalité par tuberculose en 1917, alors que dès 1918 il fléchissait et se rapprochait du taux d'avant guerre. Or ce maximum de mortalité en 1917 ne cadre pas avec celui des autres pays d'Europe : Italie, Allemagne, Pays-Bas, Angleterre où le plus grand nombre de décès par tuberculose a eu lieu en 1918. Cela s'explique par le fait que le blocus atteignit toute son acuité cette année là dans les pays belligérants.

La démonstration inverse du rôle néfaste de la sous-alimentation nous est donnée par la baisse rapide des décès par tuberculose dès que les conditions de vie, surtout alimentaires, devinrent normales dans les pays bel-ligérants, alors que la mortalité resta stationnaire en Autriche, où les mauvaises conditions d'existence survécurent longtemps à la guerre.

Telles sont les données les plus probantes qui permettent d'accorder un rôle prépondérant à la sous-alimentation dans l'accroissement de la tuberculose en temps de guerre et de disettes.

Or il est indubitable qu'une sous-alimentation certaine a commencé à sévir dans nos villes. Il est donc à craindre que son rôle néfaste se fasse de nouveau sentir.

MM. BEZANÇON, EVROT et MOINE l'avaient prévu dès juillet 1940, et depuis ce premier cri d'alarme, les effets de la sous-alimentation ont été soulignés par de nombreux auteurs. « Mais l'étude de la question pour la période actuelle, n'est qu'amorcée bien que sérieusement amorcée. Comme les difficultés alimentaires au milieu desquelles nous vivons ne sont pas proches de leur terme, et que même elles menacent de s'accroître, nous ne pourrions pas avoir, avant plusieurs années, achevé l'étude de leur répercussion sur la tuberculose » (AMEUILLE).

Il y a lieu de rechercher si vraiment le ravitaillement actuel apporte un déficit alimentaire si inquiétant qu'il nous mette dans les mêmes conditions de nutrition que celles des pays qui accusèrent la plus grande mortalité par tuberculose durant les années 1914-1920. Pour cela il est nécessaire de rechercher les divers éléments de l'alimentation et d'essayer de trouver les constituants qui par leur absence peuvent amener une recrudescence de la tuberculose.



Les accidents occasionnés par la sous-alimentation

peuvent relever de deux éléments différents. Il peut s'agir en effet :

- Soit d'insuffisance quantitative globale,
- Soit de déficit alimentaire qualitatif,

ces deux éléments agissant soit isolément soit en association, cette dernière éventualité étant d'ailleurs beaucoup plus fréquente.

L'insuffisance quantitative globale, joue sans nul doute un rôle important dans l'accroissement de la tuberculose.

Expérimentalement son influence a été étudiée par MOURIQUAND, MICHEL et BERTOYE sur la marche de la tuberculose du cobaye.

L'animal tuberculeux soumis à un régime restreint mais équilibré, juste suffisant pour assurer l'équilibre nutritif d'un sujet sain meurt plus précocement que le témoin recevant une alimentation de même qualité, mais plus abondante. L'extension anatomique n'est pas plus rapide, mais des lésions moindres suffisent à provoquer la mort. « Ainsi, le régime équilibré restreint, suffisant pour toutes les fonctions de la vie normale, ne l'est plus en présence d'une infection clinique telle que la tuberculose. »

Les restrictions globales entraînent avant tout une baisse des calories, et le manque des calories entraîne l'*inanition*.

Or il est certain que le déficit énergétique actuel est considérable, surtout dans la ration alimentaire des travailleurs de force (PERRAULT).

On sait que le *strict minimum* requis de l'apport quotidien alimentaire en calories est de :

— 2.400 calories pour l'adulte normal se livrant au travail musculaire modéré (correspondant à la calorie A. des cartes de rationnement).

— 3.200 calories pour les travailleurs de force, première catégorie (T. F. 1).

— 4.000 calories pour les travailleurs de force, deuxième catégorie (T. F. 2).

Or en avril 1942, le rationnement officiel fournissait en *calories brutes* (c'est-à-dire à diminuer de 15 à 20 % pour obtenir le chiffre utilisable) :

— pour la carte A. : environ 1.250 calories pour l'alimentation de base, plus 100 calories pour l'alcool de vin;

— pour la carte T. F. 1 1.550 + 200 calories environ

— pour la carte T. F. 2 1.650 + 200 calories environ;

Donc le déficit est de l'ordre de :

1.000 à 1.200 calories, soit environ 50 % pour le sujet A.

1.500 à 1.700 calories, soit environ 50 % pour le sujet T. F. 1.

2.100 à 2.400 calories, soit environ 60 % pour le sujet T. F. 2.

De même pour Ch. et G. RICHET la ration actuelle du parisien est d'environ la moitié de la ration optima. Mais elle est chaque jour au moins de 300 calories inférieure au minimum vital.

Si par conséquent le sujet ne peut combler ce déficit, il utilise ses réserves de graisse d'abord, puis consomme son propre tissu musculaire.

On aboutit alors à des amaigrissements massifs de l'ordre de 20 % en moyenne et individuels signalés jusqu'à 40 % et plus (PERRAULT).

De tels amaigrissements par privations alimentaires, de tels manques de calories, ne peuvent qu'amener des fléchissements de terrains de plus en plus nombreux, si bien que le tuberculeux malade s'aggrave, que des formes reprennent de l'activité, et que surtout, le « tuber-

culeux latent non malade (c'est-à-dire l'immense majorité des gens), risque de devenir malade ». Cela reflète bien l'état actuel de la tuberculose : non seulement de fréquence accrue, mais plus grave.

Mais la sous-alimentation humaine telle qu'elle se trouve réalisée au cours des guerres et des disettes, associe en pratique, inanition et carence : l'inanition impliquant avant tout l'idée de quantité, la carence celle de qualité alimentaire.

On sait que l'organisme a besoin de plusieurs catégories alimentaires différentes :

— 1°) La quantité d'énergie nécessaire est libérée à partir de trois principes énergétiques ingérés = glucides; matières grasses ou lipides; matières albuminoïdes ou protides.

2°) Certains principes spécifiques sont indispensables à la vie : acides gras indispensables, acides aminés indispensables; éléments minéraux existant dans les aliments en quantités infimes (fer, zinc, cuivre, iode, etc...) — ou en quantité relativement notable (soufre, phosphore, sodium, etc...), enfin vitamines hydro et liposolubles.

Or une loi régit les proportions de ces différents principes : il est nécessaire que les principes nutritifs indispensables à la vie existent dans les rations, en proportions convenables; il est nécessaire qu'un certain équilibre soit réalisé entre les constituants des rations.

Or il est certain que cet équilibre est rompu en temps de guerre et de sous-nutrition. Examinons ce qu'il en est actuellement :

1°) *Principes énergétiques.*

Dans la fourniture des calories nécessaires les aliments peuvent théoriquement se remplacer du point de vue énergétique les uns les autres, suivant le schéma bien connu :

Un gramme de protides	4 calories
Un gramme de glucide	4 calories
Un gramme de lipide	9 calories

Mais cela n'est vrai que dans certaines limites : le travail musculaire consomme essentiellement des glucides, et surtout un minimum de chacun des trois aliments énergétiques est strictement nécessaire. Pour un adulte de 70 kg. environ, il faut au minimum 70 gr. de protides (dont 30 gr. d'origine animale) et 40 gr. de lipides (dont la moitié d'origine animale).

Or le déficit de la ration allouée est notable : au lieu de 35-40 gr., les produits rationnés nous donnent 21 gr. 7 de lipides. Pour se procurer les *acides gras* indispensables, il faudrait pouvoir en trouver encore à peu près 15 grammes.

Pour les glucides, 220 grammes sont octroyés, chiffre nettement insuffisant, car il en faut au minimum 450 grammes, et le déficit atteint 350 grammes pour le T.F.1. et 550 grammes pour le T.F.2.

Selon LEOBARDY, c'est le déficit en sucre des rations des populations rurales qui favorise chez elles la recrudescence actuelle de la mortalité tuberculeuse.

Enfin pour les protides, une quantité totale de 70 gr. (pour une ration de 2.400 à 2.600 calories soit environ 25 à 30 gr. de protides d'origine animale, 35 à 45 gr. de matières albuminoïdes végétales) est nécessaire. Or les produits rationnés donnent seulement 12 gr. de protéines animales (9 gr. 8 avec la viande, 2 gr. 2 avec le fromage).

Cette insuffisance des protides est d'autant plus inquiétante qu'ils doivent apporter à l'organisme les *acides aminés* indispensables dont celui-ci ne peut faire la synthèse.

En ce qui concerne les *sels minéraux*, la situation est également très difficile. Elle justifie les appréhensions des biologistes qui ont signalé les dangers d'une ration insuffisante en calcium, en phosphore, et des cliniciens comme

C. ROEDER, R. CLEMENT, ANTOINE et BRISSON, qui ont récemment attiré l'attention sur des formes variées de décalcification osseuse.

Parmi les travaux récents des biologistes, ceux de RANDOIN et Ch. RICHET, M. et H. HINGLAIS, ont particulièrement étudié l'insuffisance en calcium, et le rapport calcium-phosphore. De leurs constatations il ressort que 5 gr. 18 de calcium sont alloués, soit une quantité 6 à 7 fois trop faible, et le rapport calcium sur phosphore est très au-dessous de la normale : 0,34 au lieu de 0,90-0,80 si bien que les individus ne sont pas dans les conditions nécessaire pour assurer leur métabolisme phospho-calci-cique normal.

Enfin WAREMBOURG, BOULANGER et BOCQUET, après avoir vérifié l'abaissement du phosphore lipidique sérique chez les sujets sains, constaté par COSTE, GRIGAUD et CAPRON, ont trouvé chez les tuberculeux une moyenne de 36 mgr. 40 contre 48 mgr. 75 chez les non tuberculeux, alors que le phosphore minéral est normal. Il leur semble que cette anomalie humorale peut expliquer pour une part l'extension et l'aggravation qu'ont imprimées à la tuberculose les restrictions alimentaires actuelles.

Cependant le rôle de l'insuffisance des sels minéraux dans l'accroissement de la tuberculose n'a pas été encore démontré, la déficience en se's de chaux dont il fut longtemps classique d'incriminer le rôle néfaste, ne paraît pas intervenir nettement. Bien plus que la quantité de calcium ingérée, c'est la façon dont l'organisme assure sa fixation qui importe.

Mais de toutes les carences, facteurs possibles d'accroissement de la tuberculose, les *avitaminoses* ont été les plus étudiées, notamment au cours de la dernière guerre.

Cliniquement les relations entre les maladies par carences vitaminiques simples et la tuberculose ont été peu étudiées chez l'homme. La pellagre, la xérophtalmie,

le béri-béri ne sont pas cités comme causes favorisantes.

Le rôle favorisant du scorbut est loin d'être démontré; admis par certains auteurs scandinaves, il semble nul à la plupart des autres auteurs : LIND, HESS qui a bien étudié le scorbut pendant la guerre mondiale, et DOUBROW qui a soigné sur le front russe (1915-1917) quatre cents scorbutiques et n'a rencontré des lésions tuberculeuses que chez deux d'entre eux.

De même chez l'enfant le scorbut ne paraît pas prédisposer à la tuberculose (COMBY, NETTER, MARFAN, HESS).

L'expérimentation sur l'animal n'a pas apporté de lumières plus grandes sur les relations avitaminoses-tuberculose. Alors que pour MOURIQUAND et ses élèves le régime carencé en vitaminés C ne modifie pas sensiblement la marche de la tuberculose expérimentale du cobaye, pour COULAUD il en accélérerait l'évolution. Dans un travail récent, BRETEY a montré non seulement que chez les animaux carencés en acide ascorbique la tuberculose expérimentale est très aggravée mais que les cobayes sains deviennent très sensibles au B. K. Par contre l'introduction de faibles doses de vitamines C. naturelles (fanés de chou) supprime cette hypersensibilité, alors que l'adjonction de doses même importantes d'acide ascorbique a une action beaucoup moins marquée.

Même incertitude, mêmes résultats contradictoires en ce qui concerne les déficiences en vitamines A, B et D.

Quoi qu'il en soit, la carence en vitamines est certaine actuellement : les restrictions en corps gras, en viandes, en fromage, en lait, portent sur les aliments les plus riches en vitamines A.

Les restrictions alimentaires actuelles nous apportent une proportion plus grande de vitamines B1 dans le pain fait avec une farine moins purifiée, mais il faudrait 400 grammes de pain complet pour apporter la ration minima d'aneurine.

Théoriquement les restrictions officiellement imposées ne semblent pas provoquer une carence en vitamines C., mais il faudrait pouvoir obtenir les fruits et les légumes qui en contiennent, surtout en période hivernale.

Et surtout les sujets y compris les petits enfants, reçoivent un régime pratiquement privé de vitamines D. Il en résulte que dans aucun cas et quel que soit l'âge, les individus ne sont dans les conditions nécessaires pour assurer leur métabolisme phosphoro-calcique normal. (M. et H. HINGLAIS).

WAREMBOURG, BOULANGER, SWYNGEBAUW et POITEAU, admettent que cet état précarentiel actuel, surtout en vitamines A. et C., est à l'origine de la transformation actuelle de la tuberculose.

Mais c'est encore la clinique qui nous indique le bilan déficitaire actuel de l'alimentation : on signale des ostéopathies de carence, des cas de pellagre, des œdèmes par déséquilibre alimentaire, dits de carence, apparaissant toutes les fois qu'une population est soumise à des restrictions alimentaires importantes, enfin une épidémie d'engelures dont le rapport avec les vitamines B. et P. P. vient d'être étudiés ces temps derniers. (1) « Le gros intérêt de ces affections est de « situer en quelque sorte l'état actuel de la famine à Paris, la nutrition de notre population est exactement celle qu'observaient dans leur pays les auteurs viennois et allemands en 1918-1919 » (JUSTIN-BEZANÇON).

(1) L. JUSTIN-BEZANÇON : l'ostéopathie de famine. Paris Médical, 20 août 1942, p. 259.

Guy LAROCHE et TREMOLIERES : le syndrome œdémateux du déséquilibre alimentaire.

LOEPEL, VARAY, MANDE : à propos des œdèmes de carence. Œdème de famine, œdème de fatigue. Paris Méd., 20 août 1942, p. 257.

CELICE, DUSCHENAY et PELICIER : engelures. Vitamine B1 et acide nicotinique. P. M., 10 octobre 1942, page 627.

Nous nous trouvons donc dans les mêmes conditions d'alimentation que celles qui créèrent une telle recrudescence de mortalité et de morbidité par tuberculose au cours des guerres précédentes.

Cette insuffisance globale et ce déséquilibre des rations alimentaires, leur déficit en sels minéraux, et en vitamines sont très vraisemblablement à l'origine des troubles latents qui frappent les grands métabolismes. Les moyens de défense s'en trouvent diminués, et n'opposent plus à la dispersion bacillaire la barrière des organismes en état de bon fonctionnement. Ainsi les privations alimentaires suffisamment rigoureuses et prolongées, sont capables d'augmenter le pourcentage des cas de tuberculose. Dans ce phénomène interviennent à la fois l'accroissement de fréquence des formes cliniques et la plus grande gravité de la maladie évoluant sur des organismes débilisés.

Mais en réalité il est nécessaire à côté du rôle de la sous-alimentation, d'étudier l'action d'autres facteurs sociaux, tel que le surmenage physique, les mauvaises conditions de logement, les épreuves morales de toutes sortes d'une population victime de la guerre et de la défaite.

Ces facteurs sont presque obligatoirement associés à la disette alimentaire. Cette *complexité* des causes sociales doit être soulignée.

C'est ainsi qu'il importe de se persuader d'un point essentiel : les individus n'ont pas des besoins alimentaires égaux. Les enfants en pleine croissance, les adolescents, les travailleurs de force sont plus exigeants. Dans une commune importante de la banlieue parisienne, essentiellement ouvrière (Puteaux) M. H. MOLLARD (1) a fait l'an dernier une enquête précise dont il ressort que, au cours de l'hiver et du printemps 1940-1941 les femmes ont maigri de façon moins importante que les

(1) Communication personnelle. Cette enquête fera l'objet d'un article prochain dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

hommes, et que parmi ces derniers ceux qui maigrissent dans les proportions les plus fortes et créèrent ou ravivèrent des foyers tuberculeux dans leurs poumons, furent presque tous des sujets qui travaillent d'un métier manuel, et qui, malgré un salaire souvent élevé, ne purent s'assurer une nourriture aussi copieuse et substantielle qu'en des temps normaux. Au contraire, en dépit de l'absence de gain et du taux très minime de leur allocation, les chômeurs résistèrent presque tous. Ainsi une conclusion précise se dégage : si à la source de la maladie, la sous-alimentation actuelle tient une place prépondérante, *elle n'est menaçante que lorsqu'elle frappe un organisme surmené.*

Ce rôle phtisio-logique du *surmenage* a été prouvé depuis longtemps. C'est ainsi qu'au début du XIX^e siècle, la tuberculose connut une extension parallèle au développement des centres miniers et des grandes manufactures. De même cette maladie a fait beaucoup plus de victimes pendant la guerre 1914-1918, parce que les ouvriers étaient généralement mal nourris et surmenés, que pendant les longues années de crise économique où les ouvriers furent pareillement sous-alimentés, mais furent condamnés au repos forcé, par suite du chômage (FISCHER).

Par ailleurs un autre conflit entre le travail et l'organisme a lieu toutes les fois que l'on charge d'une besogne quelconque un homme qui n'est nullement préparé physiquement à l'exercice. Cela nous conduit à parler notamment du *travail des femmes à l'usine*. Son rôle dans l'accroissement de la tuberculose féminine est indiscutable. L. BERNARD, ARNOULD, attribuaient la plus grande mortalité masculine au-dessus de cinquante-neuf ans, au fait que la femme à cet âge travaille de moins en moins à l'usine.

En période de guerre, cette action est encore plus sensible. KNUD et FABER la remarquèrent au Danemark, et en Allemagne la mortalité féminine passa de 137 à 228, de l'année 1914 à l'année 1918.

La dysharmonie n'est pas nécessairement d'ordre strictement physiologique : REITER et SIEBECK de Berlin, insistent sur un facteur qu'ils appellent « l'attitude psychique vis-à-vis du travail inaccoutumé ». Les ouvriers qui possèdent l'esprit du métier qu'ils exercent résistent mille fois mieux que les autres aux appels de la tuberculose.

Mais un surmené n'est pas nécessairement un homme qui travaille au delà de ses forces; il est tout aussi bien un sujet dont le travail ne comporte aucun excès, mais qui dort mal ou pratique des activités supplémentaires qui empiètent sur le temps de sommeil physiologique. « L'importance du repos ne compense plus l'importance de l'énergie dépensée » (BEZANÇON et BRAUN). Nous sommes ainsi conduits à l'étude du *surmenage intellectuel*. Le Médecin Général DUGUET a étudié pendant un an l'influence de la vie scolaire sur le comportement organique de 400 enfants d'une petite ville campagnarde.

Le poids a été sérieusement trouble en dehors de toute cause morbide apparente, en décroissance chez 39 % des filles et 27,7 % des garçons. Or une récupération de poids identique à sa fréquence (87 %) chez les filles et les garçons, mais avec un coefficient deux fois plus accusé chez ces derniers, a coïncidé avec la période de vacances, toutes les conditions de vie restant *inchangées* : *le seul changement a été l'interruption de scolarité*. D'où l'hypothèse brutale : dans les conditions actuelles de l'alimentation des enfants, la vie scolaire est-elle physiquement nocive au point qu'il suffit de l'interrompre pour que cessent, dans la proportion de 87 % les troubles sérieux de nutrition et d'équilibre organique observés pendant les mois d'étude ? « Cette question de la santé est au moins aussi importante que celle des programmes, car il faut que les élèves *vivent d'abord* ».

Cette baisse de la croissance pondérale infantile a été retrouvée à Paris par GOUNELLE, VALETTE et MOINE, par CAYLA, LAUNAY et BOULANGER-PILET, par BOULANGER-PI-

LET et Mme RENARD (groupe de banlieue parisienne) et par AUBERTIN qui estiment que la proportion des élèves parisiens ayant maigri s'est trouvée en 1941-1942, assez élevée dans toutes les écoles et atteignit couramment 15 à 20 % et dépassait même ce chiffre dans certains quartiers. Cette proportion des enfants qui ont maigri (surtout au-dessus de 12 ans) est, « certes préoccupante, surtout parce qu'elle constitue une prédisposition à la tuberculose » (AUBERTIN).

Voici donc un problème fort grave dans les circonstances actuelles. Est-on certain que dans les circonstances de vie actuelles, avec sous-nutrition et absence de transport, les élèves puissent organiquement faire les frais de huit heures de classes et d'études par jour, avec trop souvent des veilles prolongées ? Est-on sûr que l'accroissement actuel des primo-infections graves de l'enfance n'est pas du pour une part au *surmenage scolaire*, qui déjà évident avant la guerre, voit son importance devenir capitale pour les enfants qui ne peuvent plus être alimentés comme auparavant ?

Il est permis d'en douter quand on voit la *gymnastique* devenir *obligatoire* au moment précis où la sous-alimentation, après les adultes, commence à frapper durement les enfants. Les voix les plus autorisées ont dénoncé ce péril à l'Académie de Médecine (RATHERY, TANON et DALIMIER, LE NOIR, LESNE, Ch. RICHET).

Autant le sport, et encore mieux le jeu, étaient utiles dans les conditions habituelles, autant dans cette période de rationnement ils constituent un contre-sens à la fois *physiologique et social* ».

Il ressort en effet des travaux de CHAILLEY-BERT que, d'une façon générale l'exercice sportif le plus simple, la marche, coûte par heure autant que le travail professionnel musculaire de l'ouvrier moyen, que l'exercice sportif d'intensité normale (leçon d'éducation physique, gymnastique d'agrès) en exige autant que le travail professionnel fort (du terrassier par exemple) que les exercices

athlétiques (nages, football, boxe) en demandant autant que le travail professionnel le plus pénible.

Or au moment où la ration normale du parisien est d'environ 1.850 calories et les dépenses musculaires professionnelles étant, en principe, irréductibles, on ne peut arriver à restreindre que les dépenses superflues, c'est-à-dire les dépenses sportives.

Espérons que le vœu de l'Académie de Médecine « de limiter à une heure au maximum par semaine le temps consacré dans les écoles, aux exercices physiques, qui ne devront exiger qu'un effort modéré, et rendre facultative la présence des élèves à ces exercices physiques », sera entendu au Ministère de l'Education Nationale. N'a-t-on pas dit que « les rédacteurs des programmes pédagogiques avaient une part de responsabilité très lourde dans le développement si fréquent de la tuberculose de 15 à 25 ans ? ».

OBSERVATION N° 14

D... Lise, 18 ans, étudiante en chimie, venait de terminer ses examens de fin d'année qui avaient entraîné de grosses fatigues, lorsqu'elle s'aperçut qu'elle avait de la température le matin : 37°8-38° et surtout qu'elle commençait à tousser : toux quinteuse, peu intense, non suivie d'expectoration. Une radiographie est faite alors dans un dispensaire, elle montrait une image dense, opaque de la base droite. On lui conseille du repos et des potions fortifiantes. Un deuxième médecin alors consulté, sur la vue de la graphie, prescrit 3 gr. de dagénan pendant quelques jours, et recommande le départ à la campagne. Cependant, inquiets, les parents demandent une consultation à M. JACQUELIN qui conseille l'admission dans son service pour création d'un pneumothorax.

En effet la radiographie montrait une opacification prononcée, homogène du tiers inférieur de l'hémithorax droit, ressemblant à une image pneumonique; mais avec une image spéléonquaire très nette, du volume d'une prune, et deux autres images cavitaires voisines, un peu moins évidentes. D'ailleurs ces images sont devenues très nettes après le pneumothorax. Depuis la création de

celui-ci, électif, la fièvre est redevenue à la normale, la malade ne tousse plus, elle a grossi de 2 kilos en 15 jours.

— Cette étudiante n'avait jamais été malade. Régliée à 13 ans et demi, régulièrement. Parents en bonne santé, ainsi qu'une sœur âgée de 14 ans, qui a été radiographiée. *Un mois auparavant*, presque jour pour jour, s'étant plaint d'un point de côté, la malade avait été radiographiée : *l'image thoracique était normale.*

En conclusion : *image pneumonique excavée, survenue en moins d'un mois chez une étudiante qui était fatiguée du fait de ses crames.*

L'abus des sports devra également être évité chez tous les jeunes ouvriers, scolaires ou non. M. N. FIESSINGER a signalé la recrudescence de tuberculoses rapidement évolutives, tout particulièrement chez les coureurs cyclistes.



Un autre facteur social dont l'action est encore plus sensible qu'en des temps normaux, est l'influence de la GESTATION. « Je suis convaincu que le rôle de la grossesse tient une place importante dans les réveils et les éclosions de la tuberculose. » (SERGENT)

Or ce rôle déjà important en temps de paix, revêt une acuité extrême du fait des fatigues et de la sous-nutrition féminines actuelles. Une conclusion se dégage de l'étude des dossiers féminins de Puteaux : la plupart des femmes qui maigrissent pendant ces derniers mois furent celles qui avaient eu des grossesses répétées et chez lesquelles la sous-alimentation a, par conséquent rencontré un organisme usé par des périodes renouvelées de surmenage.

Or, malgré leurs suppléments, les femmes en gestation subissent des restrictions. La diminution du poids des nouveaux-nés dans de nombreuses maternités en est la preuve. Il semble que cette baisse de poids soit due aux fatigues réitérées de la vie journalière et aux restrictions

alimentaires, spécialement des glucides pendant la dernière partie de la grossesse. (VIGNES; BARON et AUDRY; BALARD et CHANTRESSE).

Voici quelques exemples saisissants du rôle tuberculeux des gestations en ces temps de restrictions alimentaires.

OBSERVATION N° 15

R... Colette, 23 ans, employée, entre le 20 juillet dans le service de M. JACQUELIN pour tuberculose bilatérale d'apparition récente.

Accouchée le 19 avril; après l'accouchement étant encore à la maternité, elle commence à tousser et à présenter de très abondantes sueurs nocturnes, sans fièvre. Rentrée chez elle les sueurs continuent; la malade se sent fatiguée et sa température monte le soir à 39°.

Le 26 mai une radiographie faite au dispensaire montre une infiltration nodulaire assez dense de la moitié supérieure des deux champs pulmonaires avec maximum apparent d'activité dans la région sous-claviculaire droite où il existe quelques images très probables d'ulcérations. Une bacilloscopie est positive. M. A. JACQUELIN appelé en consultation, conseille l'admission salle Chauffard.

A l'interrogatoire on note aucun antécédent pulmonaire ni chez la malade ni chez ses parents ni chez ses frères et sœurs, tous en bonne santé. Son mari, passé à la radioscopie, est indemne. Sa grossesse avait été normale sans fatigue aucune, elle travaillait normalement. Elle nourrissait son enfant. Une scopie en 39, faite en vue d'entrer dans une école maternelle avait montré une image thoracique normale.

A son entrée dans le service, l'état général est bien conservé, pas d'amaigrissement notable, mais la malade est très fatiguée et anémiée (pâleur marquée des muqueuses). Elle ne tousse ni ne crache, mais sa température est irrégulière, avec des oscillations à 39° assez fréquentes. L'examen général est négatif. La T. A. est à 13-7. A l'auscultation on note simplement l'existence de râles secs du côté droit, mais la graphie montre une bilatéralisation des lésions.

En résumé : *importante bilatéralisation d'emblée survenue très rapidement chez une jeune accouchée.*

OBSERVATION N° 16

R... Louise, 27 ans, entre au Sanatorium féminin du Docteur Trotor à Cambo pour rechute bacillaire *après gestation*. Traitée en 1932 par pneumothorax pour tuberculose apicale droite. Pneumo abandonné en avril 1941 pour symphyse. Elle allait fort bien à ce moment là, mais trois mois après, alors qu'elle était enceinte de sept mois, on trouve une lésion gauche apicale importante. Pneumothorax, mais quelques temps après péritonite tuberculeuse diffuse.

OBSERVATION N° 17

L... Marie-Jeanne, 22 ans, sans antécédents pulmonaires, a une gestation normale, mais après son accouchement se sentant fatiguée, se fait examiner. On découvre une lésion cavitaire du tiers supérieur gauche en pleine évolution pour laquelle un pneumothorax est institué; malgré celui-ci et l'envoi en Saná; les lésions évoluent rapidement. L'enfant qui présentait des signes radiologiques de primo-infection, succombe à l'âge de 9 mois de *méningite* malgré un isolement très précoce.

OBSERVATION N° 18

M... Thérèse, 25 ans. Rien de pulmonaire à signaler dans ses antécédents. Deux accouchements et deux fausses-couches antérieures sans incidents. Amaigrissement de 19 kilos pendant une troisième gestation (16-5-1941) et une hémoptysie dans les mois suivant l'accouchement. Lésion cavitaire droite pour laquelle est institué un pneumothorax.

Un autre facteur étiologique bien particulier de l'extension actuelle de la tuberculose, nous a été fourni par l'exode de mai-juin 1940. Son action a été double, car elle a agi sur le moral et le physique des pauvres popu-

lations ayant quitté brutalement leurs foyers. Il est inutile de revenir sur les conditions matérielles et morales dans lesquelles fut faite cet exode, mais comme le prouvent les observations suivantes, ces fatigues eurent un rôle déterminant certain dans l'éclosion de nombreuses lésions, et également sur la rechute ou l'aggravation de lésions bien stabilisées. De gros malades n'hésitèrent pas à partir; certains malades quittèrent un sana dans les jours qui suivirent une thoracoplastie, une dame partit le lendemain même d'une section de brides.

Du fait de cette évacuation, de nombreux pneumothorax furent abandonnés, faute d'insufflations en cours de route, ou parce que les malades échouèrent loin de tout phtisiologue. Fort heureusement, d'après CHABAUD, sur 10 des pneumothorax abandonnés du fait de l'exode, 8 ont pu être repris, même après plusieurs mois.

Voici quelques cas d'accidents dus à l'exode :

OBSERVATION N° 19

T... Jean, 18 ans, lycéen, entre à la clinique du Docteur BERNOU à Chateaubriant, pour une lobite, supérieure droite excavée, survenue après les fatigues de l'évacuation et la préparation intense du baccalauréat.

Pas d'antécédents, ni personnels, ni familiaux. En 19°8 se surmène, fait de la natation à dose massive, grosse fatigue. En février 1940, étant de nouveau fatigué, on lui fait une radiographie qui montre simplement des calcifications.

L'enfant se repose pendant les vacances de Pâques, et reprend 5 kilos. Il continue la préparation de son bachelot, mais survient l'évacuation, qui fut très pénible pour lui; il s'en alla à pied jusqu'à La Rochelle (21 mai-15 juin). Malgré la persistance de son asthénie, il fournit 15 jours de travail intensif pour préparer son examen qui était tout proche.

A la mi-août, il commence à tousser, crache un peu. Il fait de la température : 37°4-38°2. Une nouvelle radiographie montre alors une ombre non homogène du bloc supérieur droit avec une petite ulcération.

En conclusion, sur un organisme fatigué, l'exode très pénible et le surmenage, ont été les facteurs déterminants d'une lésion bacillaire.

OBSERVATION N° 20

B... Jean, 18 ans, lycéen, entre à la clinique du Docteur BERNOU à Chateaubriant, pour une grosse tuberculose bilatérale, survenue dans les jours qui suivirent son évacuation.

Celle-ci fut particulièrement fatigante. Il commence alors à tousser, mais il ne consulte pas jusqu'en novembre. A ce moment toux importante, température à 39°, diarrhée, la graphie montre d'énormes lésions pulmonaires avec deux très importantes cavernes, l'une à l'apex droit et l'autre au sommet gauche.

Décès six mois après.

En résumé, tuberculose pulmonaire bilatérale survenue par suite des fatigues de l'exode, et ayant entraîné un décès rapide.

OBSERVATION N° 21

P... Jeanne, 34 ans, est obligée de subir l'exode le jour qui suivit une section de brides, alors qu'elle avait des lésions minimes unilatérales et que la section de brides avait entraîné un très bon collapsus. Six jours après l'exode, elle tousse et crache davantage, et l'on trouve un ensemençement de l'autre côté. Bilatéralisation qui commence par le sommet, mais qui rapidement envahit la base, grévant lourdement le pronostic de cette malade, qui avant l'exode, était atteinte de petites lésions d'un seul sommet (Clinique du Docteur BERNOU).

Bilatéralisation importante, survenue six jours après l'exode, alors que la malade avait subi la veille une section de brides.

*
**

L'importance des EPREUVES MORALES dans ce renouveau de la tuberculose est indéniable. Déjà capital en temps normal, son rôle est devenu prépondérant du fait des événements.

Dénoncée par LAENNEC, cette influence des « passions tristes » a été bien étudiée il y a une dizaine d'années par BRAUN et Mme FREY-RAGU, qui firent une enquête dans les milieux sanatoriaux : « Dans l'immense majorité des cas, l'éclatement de la tuberculose pulmonaire, ou ce qui revient au même, l'apparition du premier incident, résulte d'un ensemble de facteurs étiologiques parmi lesquels on trouve d'une façon à peu près constante le facteur moral ».

Mais surtout MICHON, CHAIZE et MOLLARD ont montré que le terrain le plus apte au développement de la tuberculose se rencontrait dans les organismes dominés par une *grande instabilité neuro-végétative*, et que la maladie de ces sujets dessinait presque toujours un tableau nettement évolutif.

Notre Maître, M.-A. JACQUELIN a insisté sur ces faits dès 1924. C'est ainsi que recherchant l'état du réflexe oculo-cardiaque chez un grand nombre de tuberculeux pulmonaires, il avait noté que les formes graves, même peu fébriles, comportent le plus souvent un réflexe inversé, signe de sympathicotonie.

Or il est certain que le nombre de « petits inquiets des petits anxieux, des petits déprimés » a notablement augmenté du fait des bombardement des villes, des préoccupations alimentaires, des inquiétudes politiques du moment, de l'abandon de foyers et des situations du fait de l'évacuation des régions frontalières; il en est de même de la mort d'un être cher à la guerre. Enfin le moral dû à de longs mois de captivité a, sans nul doute, contribué à côté d'autres facteurs, à l'éclosion de la tuberculose chez certains prisonniers.

D'autre part les émotions répétées favorisent l'amaigrissement. M. CHEVASSU a très récemment exposé à l'Académie de Médecine cette influence du moral sur l'amaigrissement. Or celui-ci favorise de son côté l'apparition de lésions bacillaires, M. FIESSINGER vient encore

de le signaler récemment à l'Académie de Médecine (13 octobre 1942).

**

L'absence quasi-totale de CHAUFFAGE a, elle aussi, joué un certain rôle dans la recrudescence actuelle de la tuberculose.

Son rôle n'est sans doute pas prépondérant, mais il a été une cause adjuvante non négligeable. Cette action est difficilement vérifiable, mais de nombreux malades ont souvent invoqué les rigueurs de l'hiver à l'origine de leurs lésions. Venant s'ajouter aux restrictions calorigènes, il n'est pas douteux que le manque de chauffage a été préjudiciable principalement aux *gens âgés*, car le froid exige un supplément de dépenses caloriques.

Or le pain, principal dispensateur de glucides, a été réduit dans de notables proportions à partir de 70 ans.

Les quantités dérisoires de charbon allouées, ont, de plus, favorisé la contagion, car les gens étaient bien souvent obligés de ne chauffer qu'une seule pièce. Si bien que pendant de longues journées d'hiver les nourrissons étaient en contact intime avec les grands parents. Or on connaît le danger occasionné par ces vieux bronchiteux emphysémateux qui sont trop souvent des bacillaires qui s'ignorent. Que d'enfants ont été ainsi contaminés cet hiver !

**

Il est enfin, un dernier facteur étiologique de cette recrudescence tuberculeuse que nous désirons souligner. Il vient d'être mis récemment en lumière par notre Maître M. M. JACQUELIN, TURIAF et CARLOTTI : il s'agit de l'influence de la VACCINATION ANTIVARIOLIQUE entreprise l'an dernier.

On sait que devant l'apparition de quelques cas de variole les pouvoirs publics ont recommandé avec raison une revaccination générale. Certes les tuberculeux recon-

nus, avérés, n'ont pas été vaccinés, mais l'urgence qu'imposait cette menace d'épidémie n'a pas permis, dans bien des cas, l'étude suffisante des antécédents et de l'intégrité pulmonaire des vaccinés, et cela surtout dans les villes, où les vaccinations ne furent pas pratiquées par le médecin de famille.

Certes, la preuve du rôle tuberculeux dévolu à la vaccination antivariolique est difficile, sinon impossible à administrer de façon formelle, mais M.-A. JACQUELIN, TURIAF et CARLOTTI, devant les cas qu'ils eurent dans leur service de soixante lits environ, pensent qu'il y eut une ascension de la morbidité tuberculeuse dans les mois qui suivirent la période de revaccination massive.

Dans l'article auquel nous faisons allusion au début de ce travail, ils ont présenté en effet huit cas probants. Il est difficile de se refuser à ne voir dans une telle série que des coïncidences.

En voilà deux observations à titre d'exemple :

OBSERVATION N° 22

Mlle T..., 19 ans, a présenté dans son adolescence plusieurs phases de fièvre dite de croissance avec anémie et amaigrissement. Mais depuis l'âge de 14 ans, où elle a passé 6 mois à la montagne, elle jouit d'une bonne santé. Elle a même supporté l'épreuve de « l'exode » sans paraître en souffrir. Ses parents, commerçants, nous affirment qu'elle n'a pas subi de restrictions alimentaires. Son poids s'est d'ailleurs maintenu pendant tout le dernier hiver. Elle a été auscultée et radioscopée à l'occasion d'une visite médicale systématique. Elle a été trouvée normale. Aucune influence défavorable ne peut être décelée chez elle : ni infection saisonnière, ni surmenage, ni dépression psychique. Elle est revaccinée, au début de mars 1942, à la cuisse. La vaccine lui procure une poussée de fièvre, trois larges pustules et un gros ganglion inguinal, très douloureux.

A partir de cette infection vaccinale, elle se sent fatiguée, sa température demeure trop élevée, elle perd l'appétit. Quinze jours

plus tard, quelques crachats sanglants font pratiquer une radiographie qui révèle une lobite supérieure droite déjà excavée. Les crachats sont abondamment bacillifères. Un pneumothorax est décidé d'urgence.

OBSERVATION N° 23

M. D..., 21 ans, sans antécédent héréditaire, ni personnel de tuberculose. A fait la guerre, a été légèrement blessé au bras. A maigri depuis sa démobilisation de 4 à 5 kilos, mais sans éprouver ni fatigue, ni malaise. Son poids est d'ailleurs stabilisé depuis près d'un an. Revacciné fin février, il présente une infection vaccinale sévère. C'est deux semaines plus tard, qu'outre une asthénie persistante, il a commencé à ressentir un point de côté gauche, la fièvre s'est élevée : développement d'une pleurésie gauche.

Il est à remarquer que dans la majorité des cas rapportés par ces auteurs, les malades avaient fait des réactions vaccinales intenses, fébriles, avec réactions ganglionnaires.

Aussi ces auteurs se sont-ils demandé s'il ne s'agissait pas d'une « *anergie vaccinale* » comparable aux anergies, coqueluche, mortilleuse ou grippale.

Quoi qu'il en soit, pour notre part, nous pensons que cette influence de la vaccination antivariolique réelle sans doute facteur non dominant de ce mouvement actuel de la tuberculose, est cependant important à connaître.

Il se pourrait, en effet, qu'une nouvelle revaccination s'imposât dans quelques temps : les sujets suspects ne seront alors vaccinés qu'après examens complémentaires, notamment après vérification de leurs réactions à la cuti-réaction. Si la réponse est trop intense, il sera sage de différer la vaccination, car il nous semble, avec M. M. JACQUELIN, TURIAF et CARLOTTI, que la vaccination antivariolique a joué, dans un certain nombre de cas, le rôle d'une cause occasionnelle, dont l'influence jusqu'ici n'a pas été suffisamment mise en valeur.

V. — DEDUCTIONS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DE QUELQUES MOYENS DE LUTTE PROPOSES

Ainsi l'étude étiologique de la recrudescence actuelle des lésions tuberculeuses montre qu'à côté des causes sociales classiques, il existe des facteurs déterminés par les événements auxquels nous participons.

Si parmi ceux-ci, la sous-nutrition tient une place prépondérante, d'autres facteurs jouent à ses côtés un rôle adjuvant important.

Il suffirait donc semble-t-il, de supprimer ces nouvelles causes pour enrayer l'augmentation actuelle de ce terrible fléau. Mais en pratique ce n'est guère facile.

Tout d'abord ces diverses causes s'intriquent dans la majorité des cas; taudis, surmenage, alimentation réduite s'entremêlent de telle sorte que « les gens qui habitent des logements insalubres gagnent si peu, et cotoient de si près la famine, qu'il est impossible d'augmenter leur loyer ou leurs autres dépenses sans restreindre dangereusement la marge qui reste pour la nourriture » (M. H. DARBY). Et cette vérité peut à l'heure actuelle être inversée, la hausse des aliments ne permettant pas aux gens de consacrer une certaine partie de leurs émoluments à leur bien-être.

D'autre part, il est certains facteurs sur lesquels nous ne pouvons pratiquement pas agir, parce que justement apportés par la guerre et les circonstances actuelles sur le cours desquelles nous sommes pour le moment impuissants. Ainsi il sera fort difficile d'améliorer l'alimentation

surtout celle des citoyens. Cependant pourrait-on exaucer le vœu de l'Académie de Médecine qui sur l'instigation de M. CARNOT demande une ration supplémentaire quotidienne de 100 grammes de pain pour les sujets dont le poids est inférieur de plus de 10 kg. à celui prévu par la règle de QUETTELAT.

Et tout d'abord la constatation de cet accroissement des tuberculeux présente un intérêt *diagnostic* certain.

En effet en raison de cette multiplication des cas de tuberculose tout médecin devra y penser bien davantage qu'en temps habituel. On gagnera ainsi un temps précieux et pour la famille (séparation plus précoce) et surtout pour le malade, en raison de la fréquence actuelle des formes aggravées d'emblée et à évolution écourtée.

Le diagnostic de tuberculose ne devra donc plus être un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire fait après avoir éliminé toutes les possibilités, mais on devra y songer en *premier lieu*, et ne l'écarter qu'ensuite.

C'est ainsi qu'on y pensera devant tout syndrome pneumococcique, grippal, infectieux ou dothientérique ne faisant pas rapidement sa preuve. De même qu'en Argentine et au Paraguay devant toute hémoptysie, l'attention est attirée d'abord sur la possibilité d'un kyste hydatique, parce que très fréquent dans ces pays-là, de même devant tout syndrome morbide qui ne fait pas sa preuve, demandons-nous en premier lieu s'il ne s'agit pas d'une atteinte bacillaire.

En effet bien souvent la tuberculose peut simuler une pneumopathie aiguë (congestion pulmonaire banale, pleuro-pneumonie, formes pseudo-grippales, cortico-pleurites) ou des rhino-trachéo-bronchites à répétition, ou enfin prenant la forme d'états fébriles prolongés, d'état de déficience générale, de syndromes dysendocriniens, de syndromes neuro-psychiques et d'atteintes hépato-digestives. (A. JACQUELIN « Les tuberculoses atypiques. »)

On sera aidé dans ce diagnostic précoce par toute une

série d'examens qui, depuis l'essor de la bacilloscopie et des rayons de Roentgen, avaient été un peu délaissés.

Et tout d'abord la *loi de LASEGUE* : on peut dire dans la généralité des cas que tout état fébrile accompagné d'une langue sale est d'origine infectieuse, mais qu'un état fébrile accompagné d'une langue rose a toutes les chances d'être d'origine bacillaire.

L'étude de la *formule sanguine* donne elle aussi des renseignements capitaux :

La leucocytose modérée avec polynucléose également légère de toutes les manifestations bacillaires, sera retrouvée, formule différente par exemple des habituelles leucopénies avec mononucléose des fièvres éberthiennes.

Les modifications biologiques sanguines dans le *diagnostic précoce* de la tuberculose pulmonaire ont été particulièrement étudiées par TROISIER et ses collaborateurs. Certains tests hématologiques ont parfois précédé l'apparition des bacilles dans les crachats. Dans certains cas, un test pathologique a fait répéter les examens de crachats, pratiquer une culture des selles enfin positive et permis ainsi un diagnostic précoce.

L'*interrogatoire* devra être conduit avec encore plus de soins que d'habitude. Notre Maître M.-A. JACQUELIN y attache une importance extrême. L'étude des antécédents tant personnels que familiaux peut en effet nous mettre sur la voie. On doit s'efforcer de découvrir la présence d'autres manifestations bacillaires, susceptibles d'éclairer la nature du syndrome qui vient d'apparaître, et dont la preuve n'est pas encore faite. Si cette enquête est positive, l'hypothèse qui commence à se former s'en trouvera renforcée. Mais dans le cas contraire elle ne devra pas être rejetée.

Et en tout cas, il ne faut pas s'attendre à trouver des antécédents pulmonaires importants. Ce sont le plus souvent : une adénopathie tuberculeuse cervicale ou trachéo-bronchique qui a été diagnostiquée dans l'enfance, une

atteinte pleurale fruste, du type « pleurite sèche », parfois une tuberculose ostéo-articulaire, une typho-bacillose souvent méconnue et prise pour une infection éberthienne, une tuberculose salpingo-ovarienne ou une atteinte péritonéale discrète.

Mais il est fréquent que les antécédents soient encore moins nets : périodes de fièvre légère dont l'origine n'a pu être déterminée, phases d'anémie et de fatigue, bronchites répétées. Cependant souvent l'enquête minutieuse ne révélera rien de précis car la première localisation tuberculeuse aura évolué avec une si grande latence, ou dans un passé si lointain qu'elle sera passée inaperçue.

C'est dans ces cas que les *cuti-réactions* et les *radioscopies systématiques* prennent une valeur encore plus importante. Nous y reviendrons au cours de l'étude de quelques moyens prophylactiques.

En second lieu, cette notion d'accroissement actuel de la tuberculose entraîne un intérêt *thérapeutique* évident, *curatif* et *préventif*.

La revue des *moyens curatifs* est hélas rapidement faite, mais il nous paraît nécessaire d'insister sur deux points : notre meilleure arme restant la méthode de FORLANINI, il est utile croyons-nous d'en augmenter les indications, et de ne pas se laisser rebuter par les aggravations et les disséminations d'emblée si fréquentes en ce moment.

D'autre part il faut augmenter la précocité de la col-lapsothérapie. Ayant toujours en vue cette évolution rapide actuelle, il ne faudra pas se contenter de temporiser dans l'espérance que le plus petit repos ou une cure aurique suffiront. Il faut frapper vite et fort.

Les sections de brides seront elles aussi effectuées plus précocement.

Si la création d'un pneumothorax est impossible, l'éventualité d'une *thoracoplastie* devra être aussitôt envisagée. Les indications de celle-ci devront être, en effet,

elles aussi augmentées. On n'hésitera pas à opérer des formes subfébriles, des évidemment apicaux, même des formes bilatérales avec pneumothorax du côté opposé, comme nous l'avons vu faire chez le Docteur BERNOU.

Les résultats obtenus dans ces cas feront l'objet d'un travail très prochain de notre camarade AVERTAIN. Il montrera que les formes limites de la thoracoplastie codifiées par l'école parisienne, et en particulier tout récemment par DREYFUS-LEFOYER et ses collaborateurs, peuvent être largement dépassées. Cela ne peut que nous donner de nouveaux motifs d'espoir.

La *médication préventive* sera employée systématiquement en particulier chez les enfants et les adolescents.

La thérapeutique dite « *réminéralisante* » ou « *récalcifiante* » sera prescrite très souvent. Préconisée chez les tuberculeux par FERRIER, par LETULLE et par SERGENT, son importance actuelle est considérable parce que les circonstances présentes ont diminué dans des proportions très grandes l'apport alimentaire calcique nécessaire aux besoins normaux de l'organisme. L'action des sels de calcium sera d'autant plus grande que l'on aidera à leur fixation par les *rayons ultra-violets*, des *vitamines D et C* ou par l'*extrait parathyroïdien*, qui a un rôle si essentiel dans le métabolisme calcique.

Nous prescrirons d'autant plus volontiers cette médication récalcifiante que le remède à la situation critique actuelle est heureusement simple comme l'ont établi M. et H. HINGLAIS. A défaut de lait actuellement trop rare, il consiste à répandre de nouveau l'usage des sels phospho-calciques dont les cliniciens avaient jadis judicieusement vulgarisé l'emploi, « mais en y ajoutant la trace quotidienne de vitamines D dont l'absence avait alors conduit leur effort à l'échec ».

On conseillera enfin d'*éviter l'abus des sports*. Nous avons largement traité ce sujet qui a fait l'objet d'un

rapport circonstancié à l'Académie de Médecine. Il semble d'ailleurs que pour l'année 1942-1943 les heures de gymnastique obligatoires aient été réduites. On ne parle plus que de « matinées de plein air ».

La convalescence des *maladies anergisantes* sera naturellement surveillée encore plus soigneusement que par le passé. Le repos à la campagne sera prescrit dans la limite des possibilités familiales. Le travail scolaire sera en tout cas ralenti pendant quelques semaines.

Tout convalescent de *pleurésie* sera systématiquement envoyé à la campagne pour six mois au minimum. Pendant les deux ans qui suivront, le convalescent sera considéré comme en danger, et par conséquent sera radiographié tous les six mois. Cette prudence s'impose d'autant plus actuellement, que le nombre des pleurétiques est augmenté et qu'il n'est pas douteux que la tuberculose trouve chez tous les individus — et à plus forte raison chez les convalescents, — un terrain éminemment favorable à son rapide élan, comme si les moyens de défense de l'organisme étaient « anéantis, sidérés, ou tout au moins largement amoindris. »

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE sera intensifiée au maximum, sous peine de voir rapidement s'anéantir le résultat de nombreuses années d'effort (BEZANÇON).

Les circonstances habituelles ne facilitent certes pas la tâche, mais on peut cependant :

1°. — *Généraliser les cuti-réactions* : celles-ci donneront de précieux renseignements dans les collectivités ouvrières et scolaires.

Nous aurons également intérêt à la renouveler fréquemment chez les non-allergiques. De la sorte on pourra connaître à peu près le début de l'infection tuberculeuse et prescrire le repos nécessaire à tout nouvel allergique, afin de le mettre à l'abri d'une primo-infection maligne, dont nous avons vu la fréquence actuelle.

2°. — *Généraliser le vaccin B. C. G.* Nous l'avons vu utiliser systématiquement depuis quinze ans dans la pouponnière de l'Œuvre Grancher (Filiale des Basses-Pyrénées) recevant des nouveau-nés de tuberculeux. Ces enfants ont été suivis ensuite jusqu'à leur adolescence, car ils furent placés dans des familles paysannes à la sortie de la pouponnière. Jamais aucun d'eux n'est devenu tuberculeux.

La résistance de ces enfants aux maladies de la première enfance est aussi grande que celle des autres enfants (COLBERT et LE CARRER).

De même dans la Haute-Marne, département où il s'est donné proportionnellement le plus de B. C. G., GREHAUT affirme que la méningite tuberculeuse, très fréquente autrefois dans la première enfance, y a aujourd'hui beaucoup diminué.

3°. — *Généraliser l'Œuvre Grancher.* Son nouveau Président, Monsieur le Professeur COMBY, a récemment retracé son action dans la préservation de l'enfance contre la tuberculose. Or malheureusement un certain nombre de départements ne sont pas encore affiliés.

Pour situer l'importance de ces filiales, disons que pendant les années 1926 à 1935 la filiale des Basses-Pyrénées s'est occupée de 422 enfants. En 1937 elle a pris en charge 45 enfants pendant 12.528 journées. Quant à sa « Pouponnière » depuis juin 1929 à fin décembre 1940, elle a pris en charge 200 enfants pendant 42.850 journées.

4°. — *Intensifier la pratique encore embryonnaire des dépistages avec radiocopies systématiques.* Elle permettra de dépister la presque totalité des cas de tuberculose contagieuse ignorés. Dans les collectivités scolaires parisiennes, de novembre 1940 à juillet 1941, l'examen radioscopique systématique des enfants effectué par la caisse interdépartementale des Assurances Sociales a

reconnu 2,11 % d'enfants suspects de tuberculose ou porteurs de lésions paraissant actuelles. (TARIN)

Depuis 1941, la Croix-Rouge Française a mis en action une nouvelle méthode de détection de la tuberculose, par l'emploi d'un camion équipé d'un appareil de prises de vue microradiographies sur films. La C. R. F. a tout d'abord pratiqué des examens dans les camps de prisonniers en France. Au 15 février 1941, 76.496 examens ont été faits, et plus de 10.000 prisonniers ont pu recevoir des soins spéciaux. La C. R. F. étend maintenant son action auprès des collectivités civiles. Elle procède en Loire-Inférieure à des examens systématiques du personnel d'usines. Sur près de 10.000 examens 1.016 tuberculeux ont été dépistés.

5°. — *La multiplication des dispensaires s'impose.* La rareté des transports, notamment, crée de grandes difficultés. Les Assistantes Sociales se déplacent moins, et surtout les malades ne viennent plus consulter qu'à la dernière extrémité espérant toujours que leurs « malaises » s'atténueraient.

6°. — *Le nombre de lits est insuffisant.*

La situation actuelle est la suivante (BEZANÇON, EVROT et MOINE).

	lits
Pour enfants	1.842
Pour femmes	9.637
Pour hommes	10.326

au total 22.000 lits, non compris les services hospitaliers d'où il ressort que nous avons :

	lits
Pour 10 décès tuberculeux d'enfants	6,4
Pour 10 décès tuberculeux de femmes	5,5
Pour 10 décès tuberculeux d'hommes	3,5

Etienne BERNARD, dans un rapport de la commission de la tuberculose a montré qu'il y a plus de lits d'hommes que de lits de femmes dans une proportion de 13 %, mais cet avantage numérique est annihilé par la tendance de Médecins Directeurs à utiliser les lits d'hommes pour les malades femmes et surtout par la diminution importante de la mortalité tuberculeuse chez les femmes, constatée par le nombre de cas nouveaux de tuberculose dépistés par les dispensaires dans la Seine (baisse de 2 % chez les hommes, de 27 % chez les femmes).

On doit donc envisager la transformation d'un certain nombre de sanatoriums de femmes en sanatoriums d'hommes, car l'organisation antituberculeuse doit posséder plus de lits pour les hommes que pour les femmes, la mortalité tuberculeuse des hommes étant près du double de celle des femmes.

Cela permettra de palier à la *lenteur désespérante des placements*, dûe avant tout au manque de places dans les sanatoriums.

7°. — On sait que la *syphilis* « *appelle la tuberculose* » (SERGENT).

Il est par conséquent normal de traiter préventivement la syphilis héréditaire dès le début de la grossesse. Cela ne se fait pas encore suffisamment; il faudrait ensuite, à la naissance, peser tous les placentas et commencer à traiter aussitôt tous les nouveau-nés ayant des placentas trop gros; dans les préventoriiums traiter tous les hérédo-syphilitiques (GREHAUT).

8°. — *L'éducation de l'individu* est à la base d'une prophylaxie rationnelle et elle a été fort négligée jusqu'ici.

Elle s'entend d'abord du malade, qui doit « accepter d'être considéré comme un tuberculeux... ses gestes deviendront automatiquement prophylactiques » (BRAUN et A. BEZANÇON).

Trop de bacillaires refusent de quitter leur famille malgré de multiples exortations ou même refusent le placement de leurs enfants. Aussi a-t-on à plusieurs reprises demandé l'institution de l'hospitalisation obligatoire pour les récalcitrants.

9°. — *Certaines professions* favorisent la dissémination de la tuberculose : cuisiniers, garçons de café, de restaurant. Une bacillaire soignée par SAKKA, employée dans une confiserie, roule la pâte à bonbons dans ses mains; la femme d'un réformé 100 % pour tuberculose pulmonaire est nourrice agréée.

Ce dépistage doit être systématisé dans toutes les administrations publiques. Une bacilloscopie devrait être obligatoire pour tout postulant à un poste public (ou privé) qui le mettra en contact avec des enfants, des adolescents. On a rapporté à la Société de la Tuberculose le cas de cet instituteur qui faute d'examens phtisiologiques répétés a pu, atteint de lésions pulmonaires importantes, contaminer plusieurs enfants de sa classe, et ce. ui de ce sergent instructeur cavaire dont furent victimes plusieurs jeunes recrues.

WEILL-HALLE a attiré l'attention de l'Académie de Médecine sur le danger des contaminations tuberculeuses par le personnel des services d'enfants. Il conclut à la nécessité d'un contrôle permanent de ce personnel par un examen initial très complet et des examens périodiquement répétés au moins tous les six mois.

Au Danemark, si un instituteur devient tuberculeux, il peut être congédié; cette disposition s'applique aux employés des administrations publiques. Ils reçoivent alors une pension proportionnelle à leur traitement.

10°. — Il est à peine utile de dire que la guerre *acharnée aux taudis*, foyers de misère et sources de contamination, s'impose plus que jamais. Les villes sont en effet actuellement surpeuplées; les locataires d'un apparte-

ment s'entassent dans une seule pièce par suite de la pénurie de chauffage.

Telles sont les mesures imposées par la recrudescence actuelle de la mortalité et de la morbidité par tuberculose.

On pourrait leur opposer deux arguments :

a) Le premier d'*ordre financier* : certes de telles mesures apporteront des charges supplémentaires très lourdes, mais ces dépenses sont insignifiantes à côté des sommes que nécessitera l'élévation actuelle du nombre des tuberculeux.

Pour la lutte antituberculeuse, l'état danois a donné en 1926 : 2 francs or par habitant, l'état français : 0 franc 40. De 1900 à 1920 la mortalité tuberculeuse pour 1.000 habitants a baissé au Danemark de 2,30 à 0,89; en France de 3,17 à 1,90. Si de 1900 à 1920, la France avait engagé de semblables dépenses et obtenu des résultats équivalents à ceux du Danemark, elle aurait épargné en moyenne 52.000 vies humaines par an et pendant les vingt années un peu plus de un million.

b) Le deuxième d'*ordre moral* : ces mesures peuvent paraître excessives. Il faut cependant les admettre, car elles sont nécessaires dans les circonstances actuelles.

Nous nous sommes en effet attachés au cours de ce travail à montrer que la régression de la mortalité et de la morbidité par tuberculose était actuellement partout différée, mais encore que leur fréquence avait augmenté, et que surtout l'aggravation des diverses formes que revêt la tuberculose, était remarquable dans les circonstances actuelles. Il y a bien une « tuberculose type 1941 ».

CONCLUSIONS

I. — L'influence malheureuse des guerres sur l'extension de la tuberculose a été constatée depuis longtemps et notamment au cours des guerres de 1870 et 1914.

Or ce redoutable fléau qui, dans notre pays par exemple, avait rétrogradé de près de 50 % dans les années précédant immédiatement la guerre de 1939, aurait actuellement subi une nette recrudescence.

C'est du moins l'impression générale qui ressort de la lecture de nombreux articles. Et partout deux facteurs sont mis en évidence : la fréquence et la gravité actuelles de la tuberculose.

Cette préoccupation générale, d'actualité brûlante, est à la base de ce travail.

II. — Dans une PREMIERE PARTIE :

Après avoir étudié les données fournies par les dernières guerres, nous avons rassemblé et confronté les diverses communications faites depuis juillet 1940 et à l'aide de faits surtout cliniques, nous avons vérifié le bien fondé des cris d'alarme jetés au sujet de la morbidité et de la mortalité actuelles de la tuberculose.

Il ressort en effet de l'étude des diverses publications, des observations que nous avons faites dans un service de médecine générale, et d'une enquête personnelle, que :

A) La Tuberculose a subi une aggravation certaine dans ses diverses formes. Celles-ci sont beaucoup plus

extensives, plus *rapidement évolutives*, beaucoup moins influençables par les traitements habituels.

Des formes inaccoutumées déjà notées au cours des guerres précédentes sont réapparues : pleurésie, et polysérites chez les vieillards; les adénopathies s'observent avec une fréquence au moins aussi grande chez les gens âgés que chez les jeunes, et sont de même beaucoup plus importantes et subissent des réactivations après des dizaines d'années de silence; les formes méningées, rares habituellement chez les tuberculeux pulmonaires, sont devenues depuis quelque temps l'ultime évolution de nombreux malades; elles sont par ailleurs plus fréquentes chez les jeunes et revêtent alors une allure suraiguë; les formes pulmonaires se révèlent avec une fréquence accrue sous la forme de pneumonies caséeuses, de formes granuliques graves; ailleurs la malignité des rechutes mérite d'être soulignée.

Enfin, les « tuberculoses atypiques » sont aussi plus fréquemment rencontrées, particulièrement les asthmes et les tuberculoses oculaires.

Toutes ces formes extraordinaires ont fait dire qu'il y avait une « tuberculose type 1941 ».

B) Par contre, l'accroissement de la morbidité est moins évident. Il semble cependant que la tuberculose ait augmenté dans les grands centres urbains, mais elle ne semble pas avoir subi une évolution semblable dans les petites villes de province et dans les campagnes: partout cependant, *sa régression est actuellement différée*, alors que l'aggravation globale des tuberculoses, quels qu'en soient les types anatomo-cliniques, ne peut être mise en doute.

III. — La recrudescence actuelle de la mortalité et de la morbidité tuberculeuses ont des causes déterminantes qui sont particulières aux moments semblables à ceux que nous vivons.

L'étude de ces facteurs et le moyen d'y remédier ont fait l'objet de la deuxième partie de ce travail.

LA SOUS-ALIMENTATION en est le principal facteur étiologique. Son rôle a été mis en lumière après la guerre de 1870 et surtout après la guerre de 1914. L'augmentation de la mortalité tuberculeuse durant ces quatre années là est survenue dans les régions où la disette alimentaire a été le plus durement ressentie du fait du blocus.

Or, il est indubitable qu'une sous-nutrition certaine a commencé à sévir dans nos villes. Nous avons établi le déficit *quantitatif global* et l'insuffisance alimentaire *qualitative* actuels (calories, principes énergétiques, sels minéraux, acides aminés, vitamines).

Il en ressort que nous nous trouvons actuellement dans les mêmes conditions d'alimentation que celles des pays qui accusèrent la plus grande mortalité par tuberculose durant les années 1914-1920.

Mais de nombreux autres facteurs agissent de pair avec la sous-alimentation; il est même nécessaire de souligner cette complexité de causes sociales expliquant la recrudescence actuelle de la tuberculose.

a) En premier lieu LES FATIGUES : de la femme à l'usine, non préparée à de tels travaux; de l'enfant à l'école, qui, à des programmes augmentés de nombreuses heures de culture physique devenues obligatoires, oppose un organisme sous-alimenté; enfin les fatigues de l'exode ont eu une part prépondérante dans de nombreux cas.

b) De même le rôle phtisiogène de la GROSSESSE revêt à l'heure actuelle une acuité plus grande du fait du surmenage et de la sous-alimentation des parturientes. Ces privations se reflètent dans la diminution du poids des nouveau-nés signalée dans de nombreuses maternités.

c) Il en est de même de l'action des EPREUVES MORALES, classiques depuis LAENNEC. Le moral dû a de longs mois de captivité a, sans nul doute, contribué, à côté d'autres

facteurs, à l'éclosion de la tuberculose chez certains prisonniers. La mort à la guerre d'un être cher, les bombardements des villes, les inquiétudes politiques du moment, les préoccupations alimentaires, l'abandon des foyers et de situation du fait de l'évacuation des régions frontalières ont eu une part prépondérante bien souvent, car l'état favorable à l'éclosion de la tuberculose est celui des petits inquiets, des petits anxieux et des déprimés (instabilité neuro-végétative).

d) L'absence de CHAUFFAGE a été invoquée par de nombreux malades à l'origine de leurs lésions. Son action a été surtout sensible sur les sujets âgés. La contamination a de plus été favorisée car les familles ne chauffaient plus qu'une seule pièce.

e) Enfin, nous avons souligné l'influence de la VACCINATION ANTIVARIOLIQUE de l'hiver dernier.

Certes son rôle tuberculogène est difficile, si non impossible à démontrer de façon formelle, mais de nombreuses observations le donnent à penser. Cette notion est en tout cas utile à connaître, si une nouvelle vaccination s'imposait dans quelques temps : les sujets suspects ne devront, en effet, être vaccinés qu'après examens complémentaires.

IV. — La connaissance de cette recrudescence actuelle de la tuberculose et des facteurs qui la déterminent permet d'en tirer des déductions diagnostiques et thérapeutiques du plus haut intérêt.

a) En raison de cette multiplication des cas de bacillose, nous devons tous y penser bien davantage : on devra même la soupçonner en premier lieu, notamment devant tout syndrome pneumococcique, grippal, ou dothiénentérique, qui ne fait pas rapidement sa preuve. On y sera aidé par toute une série de petits signes : loi de LASEGUE, étude de la formule sanguine, et de certains

tests hématologiques, interrogatoire soigneux des antécédents, cuti-réactions répétées.

b) L'intérêt thérapeutique est non moins évident :

Les indications du pneumothorax devront être augmentées ainsi que sa précocité, il en sera de même pour les sections de brides et la thoracoplastie. Le facteur « temps » est primordial : il faut frapper vite et fort.

La médication préventive sera employée systématiquement en particulier chez les jeunes : calcithérapie, vitaminothérapie, rayons ultra-violets.

On évitera l'abus des sports et on fera encore plus attention aux convalescences des maladies anergisantes, et surtout à celles des pleurétiques, car il faut avant-tout défendre le terrain.

c) Enfin on intensifiera LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE, bien qu'elle soit plus difficile du fait même des circonstances actuelles. Il faudrait :

— Généraliser les cuti-réactions chez les adolescents, les renouveler fréquemment chez les non-allergiques.

— Généraliser le vaccin B. C. G.

— Généraliser l'ŒUVRE GRANCHER.

— Intensifier la pratique encore embryonnaire des dépistages avec radioscopies systématiques des collectivités. Multiplier les dispensaires et le nombre des lits. Lutter contre la lenteur désespérante des placements.

— Traiter préventivement toute syphi'is héréditaire car on sait qu'elle « appelle la tuberculose ».

— Il faudrait encore faire l'éducation du malade, car trop de bacillaires refusent de quitter leur famille, et même instituer l'hospitalisation obligatoire pour les récalcitrants. Imposer dans les administrations des examens sérieux et mettre au repos les contagieux, mesures donnant d'excellents résultats dans les pays nordiques.

On fera enfin une guerre acharnée aux taudis, foyers de misère et sources de contamination.

Et si ces mesures paraissent excessives, il faut les admettre, car elles sont nécessaires dans les circonstances actuelles.

La prophylaxie exige bien des décrets d'état que des efforts très humbles : « Elle est un problème de politique générale, elle est aussi une œuvre de foi qui veut beaucoup d'amour ».

Vu

Le Doyen :

BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :

HARVIER

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

ABELIN. — Questions actuelles d'alimentation. (*Schweiz. med. Wochens.*, 72, 4^e 12, 21 mars 1942, p. 330-334).

ALBOT (G.). — Au sujet de la communication de Ravina. Pécher, Bucquoy et Mme C. Pujol. (*Ac. de Méd.*, 30 mai 1941).

AMEUILLE. — Les régimes des tuberculeux. Baillière Editeur. Paris 1941.

— Au sujet de la communication de Ravina. Pécher, Bucquoy et Mme C. Pujol.

AMEUILLE, Mme DAUPHIN (A.) et BOURDIN (J.-S.). — Pneumonie tuberculeuse mortelle. Hypersécrétion bronchique terminale. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 6 juin 1941).

ARMAND-DELILLE. — Les principes de prophylaxie de la tuberculose. (*Pédiatrie*, avril 1934).

— Au sujet de la communication de Ravina, Pécher, Bucquoy et Mme C. Pujol. (*Ac. de Méd.*, 30 mai 1941).

ARNOULD (E.). — La sous-alimentation et la mortalité tuberculeuse. (*P. M.*, 14-17 janvier 1942).

— La fréquence de la tuberculose est indépendante de celle de l'alcoolisme. (*Revue de Phtisiologie*, t. XIII, n^o 4, juillet 1932).

ARNAUD. — De la tuberculose cérébro-méningée chez les tuberculeux pulmonaires. (*Soc. Etudes Scientifiques. Tub.* (Z.N.O.), 27 juin 1942).

ASCHER. — Causes et conditions dans la question de la tuberculose. (*Deutsche Med. Woch.*, t. LVIII, n^o 52, Déc. 1932).

AUBERTIN (Ch.). — Enquête sur la diminution de poids chez les

écoliers parisiens pendant l'année scolaire 1941-1942. (*P. M.*, 12 septembre 1942).

BALARD et CHANTRESSE. — Diminution du poids des nouveau-nés dans l'agglomération bordelaise durant la période actuelle de restriction. (*Acad. Médic.*, 28 juillet 1942).

BARON et ANDRY. — Diminution du poids des nouveau-nés à la maternité de Dijon. (*Acad. de Médic.*, 14 avril 1942).

BARTSCHMID. — Influence des conditions de guerre sur la fréquence de la tuberculose infantile. (*Munch. Med. Woch.*, 13 août 1920, p. 957).

— Influence de la nourriture de guerre sur la tuberculose pulmonaire. (*Beitrag Z. Klin. d. Tuberkul.*, p. 271, 1920).

— Influence du régime sur la tuberculose. (*Zeitsch. f. Tuberk.* 1922).

BENARD (A.), MERCKLEN et TURIAF. — Les maladies de la nutrition, les carences et les conséquences des restrictions alimentaires en 1942. (*Paris Médical*, 15 avril 1942).

BERNARD (Et.). — Tuberculose et Hygiène sociale. Masson Edit. 1938.

BERNARD (Léon), MANTOUX, JACQUEZ. — La guerre, facteur déterminant de la tuberculose. (*Ann. Médic.*, t. VII, n° 1, p. 37, janvier 1930).

BERTHET. — Note sur la recrudescence de la tuberculose observée dans les dispensaires antituberculeux de l'Isère depuis quelques mois. (*Soc. Etudes Scientifiques de la tuberculose*. Lyon 28 juin 1941).

BERTHOUX. — Fréquence actuelle de la méningite tuberculeuse chez les adolescents et les adultes.

BEZANÇON et BOUSSER. — La formule hémoleucocytaire dans la tuberculose pulmonaire.

BEZANÇON, EVROT et MOINE. — La mortalité tuberculeuse à Paris pendant 73 ans. Etude statistique. (*Acad. de Médecine*, séance du 16 juin 1940).

— Du rôle de l'alimentation dans l'élévation de la mortalité

tuberculeuse. (Etude statistique.) (*Acad. Méd.*, séance du 30 juillet 1940).

— Etude comparative de la mortalité tuberculeuse féminine et masculine. (*Acad. Médic.*, 25 juin 1940).

BEZANÇON, BRAUN et FREY-RAGU. — Tuberculoses pulmonaires ignorées et décelées par l'examen systématique. (*Rev. Tub.*, 1931, p. 195).

BLANCHARD. — Facteurs sociaux et tuberculose. (*Thèse Paris* 1939).

BORDET. — A propos de la communication de Gernez-Rieux, Duthoit et Warenbourg sur la recrudescence actuelle de la tuberculose ganglionnaire chez l'adulte et le vieillard. (*Revue de la Tub.*, tome 6, n° 5-6, p. 300).

BOULANGER, PILET et Mme RENARD. — Etude de la croissance pondérale des garçons et des filles d'un groupe de banlieue pendant l'année scolaire 1941-1942. (*Soc. Pédiatrie*, 20 octobre 1942).

BOURGEOIS (Pierre) et DIDIER (R.). — Gravité actuelle de la tuberculose infantile.

BRAUN et Mme FREY-RAGU. — L'importance du facteur moral chez l'adulte et chez l'enfant dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire. (*Paris Médic.*, 16 juillet 1930, n° 57).

BRETEY. — Remarques sur le rôle joué par le régime alimentaire et par la vitamine C dans la tuberculose expérimentale du cobaye. (*Annales Inst. Pasteur*, t. 66, n° 9, juin 1941).

— Prémunition anti-tuberculeuse et carence en vitamine C. (*Soc. de biologie*, 11 mars 1942).

— Développement de la tuberculose parmi les populations des régions dévastées. (*Congrès National de la Tuberculose*. Strasbourg 1923).

BRULE. — Au sujet de la communication de Ravina, Pécher, Bucquoy et Mme Pujol. (*Acad. Médic.*, séance du 30 mai 1941).

BURNET. — Prophylaxie de la tuberculose. Applications en Europe. Masson Editeur. 1933.

- CARNOT. — A propos de l'amaigrissement : un vœu. (*Acad. Méd.*, 13 octobre 1942).
- CAYLA, LAUNAY et BOULANGER-PILET. — Les courbes de poids des écoliers parisiens durant l'année scolaire 1941-1942. (*Soc. Péd.*, 20 octobre 1942).
- CHABAUD. — Le potentiel de redécollement des plèvres après cessation des insufflations de pneumothorax pendant plusieurs mois. (*Soc. Etudes Scient. Tuberc.* Séance du 8 mars 1941).
- CHEINISSE. — La tuberculose en Allemagne pendant la guerre. (*Pr. Méd.*).
- La mortalité par tuberculose à Vienne avant et après la guerre. (*Presse Médicale*, 1^{er} Décembre 1920, p. 11).
- CHEVASSU. — Le rôle du facteur moral dans l'amaigrissement de guerre. (*Acad. Médic.*, 13 août 1942).
- COLBERT (C.). — L'hémo-sérologie dans la tuberculose pulmonaire. (*Gaz. Médic. France*, 1942, n° 4, p. 98).
- Du surmenage dans le sport. Bayonne 1911.
- De l'alimentation dans le sport. Bordeaux 1913.
- COLBERT (C.) et LE CARRER. — Les enfants des tuberculeux. (*Journal Médical*. Bordeaux, 10 juin 1936).
- COMBY. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. (*Bulletin Médical*, n° 21, 15 août 1942).
- CONGRES INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE. ROME 1912. — Le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de la tuberculose.
- COULAUD. — La tuberculose chez les cobayes privés de vitamines C. (5^e Congrès de la tuberculose. Strasbourg 1923).
- COURCOUX. — Note statistique sur les adénopathies tuberculeuses de l'adolescence et de l'adulte. (*Soc. Etud. Scient. de la Tub.*, 14 juin 1941).
- COUTURAT. — L'alimentation et la vie. (*Pr. Méd.*, 20-23 août 1941, p. 917).
- DAGULF. — Etudes sur l'acide ascorbique chez les sujets sains et chez les tuberculeux. Göteborg 1939.

- DAUMEZON. — Au sujet de la communication de MM. Vié, Pierre Bourgeois, Mlle Messin et M. Arnaud. (*Soc. Médico-psychologique*, 22 juin 1942).
- DEREUX. — Recrudescence actuelle des adénopathies tuberculeuses et des abcès froids dans un hôpital d'adultes et de vieillards. (*Soc. Médic. et anatomo-pathol. de Lille*, 23 septembre 1941).
- DEROT. — La pathologie de l'adulte et les régimes de restrictions. (*Gazette Médic. de France*. Premier numéro de janvier 1941).
- DRUGG. — Sous-alimentation et tuberculose chirurgicale. (*Deutsch. Medic. Woch.*, 3 avril 1919, n° 376).
- DUGUET. — Observations recueillies au cours d'une année d'inspection scolaire. (Déc. 1940-Oct. 1941.) (*Acad. Médic.*, 6 janvier 1942).
- DUTHOIT, WAREMBOURG et BOCQUET. — Modifications actuelles de la tuberculose de l'adulte et du vieillard. (*Société Médic. du Nord et Paris Médical*, 30 octobre 1942, n° 43, p. 328).
- FABER (Knud). — Tuberculose et nutrition. (*Act. Tub. Scandinavica* 1938).
- FERRIER. — Guérison de la tuberculose. Paris 1906.
- FIESSINGER (N.), LEDOUX-LEBARD et LOEPER (J.). — Tassement vertébral au cours d'une carence globale.
- FLANDIN (Ch. et Fr.). — Restrictions alimentaires et manifestations tuberculeuses ou tuberculoïdes de la peau et des ganglions. (*Soc. Médic. Hôp. Paris*, séance du 30 mai 1941).
- Evolution de la tuberculose dans un village du Morvan pendant cent-cinquante ans. Effets des habitudes alimentaires. (*Soc. Médic. Hôp. Paris*, séance du 30 mai 1941).
- GERNEZ-RIEUX, DUTHOIT et WAREMBOURG. — Recrudescence actuelle des tuberculoses chez l'adulte et le vieillard dans la région du Nord. (*Soc. Etudes Scientifiques de la Tuberculose*, 14 juin 1941).
- GREHAUT. — Quinze années de lutte antituberculeuse en Haute-Marne.

GOUNELLE, RAOUL et MARCHE. — Enquête de nutrition clinique et alimentaire sur un groupe de sujets sous-alimentés en mars 1941. (*Ac. Méd.*, 17 juin 1941).

GOUNELLE, VALETTE et MOINE. — Enquête sur le poids et la taille d'écoliers parisiens en 1941. (*Ac. Méd.*, 14 avril 1942).

HELIN. — La lutte contre la tuberculose en 1919. Rapport sur la 23^e session plénière du Comité Central allemand pour la lutte contre la tuberculose. (*Gesundheits-Iergenier*, 24 avril 1920, p. 204).

HESS. — Le scorbut dans la guerre mondiale. (*Revue Intern. d'hyg. publique*, novembre, 1920).

HINGLAIS (H. et M.). — Remarques sur la carence grave du régime actuel en phosphore, calcium et vitamine D. (*Communication à l'Ac. Méd.*, 18 févr. 1941). (*P. M.*, 25-26 juin 1941).

— Carence calcique et régime alimentaire. Masson Edit., 1941.

HUBER. — Au sujet de la communication de Ravina, Pécher, Buequoy et Mme C. Pujol. (*Ac. Méd.*, 30 mai 1941).

HUBER, COLLESSON et ROUECHE. — Enquête sur l'état actuel des enfants. (*Ac. Méd.*, 3 février 1942).

JACQUELIN (A.). — Les tuberculoses atypiques. Masson Edit., 1939.

— La vago-sympathicotomie dans ses rapports avec le terrain tuberculeux. (*La Médecine*, 1924).

JACQUELIN et OPOLON. — Les types morphologiques de prédisposition à la tuberculose pulmonaire. (*P. M.*, n° 29, 9 avril 1938, p. 545).

JACQUELIN, TURIAF et CARLOTTI. — Fréquence actuelle des tuberculoses graves, influence de la vaccination antivariolique. (*Bulletin Médic.*, 15 août 1942).

JACQUELIN, TURIAF et FRANÇOIS. — Sur l'action des doses massives de vitamine D. dans deux cas de péritonite tuberculeuse. (*Bulletin Médic.*, 15 août 1942).

- KISSEL, LECOANET et Mlle SERVAIS. — Myosite tuberculeuse chez le vieillard. (*Soc. Médic. Nancy*, 13 mai 1942).
- LAMBERT, BOULANGER, SWYNGEDAUF et DRIESSENS. — Les états de précaréence en période de restrictions alimentaires.
- LECOQ. — Le régime alimentaire des tuberculeux et la notion de carence. (*V^e Congrès de la tuberculose*, Strasbourg, 1923).
- LE MELLETIER. — Restrictions alimentaires et tuberculose. (*Gaz. Médic. de France*, premier numéro de janvier 1941).
- LE NOIR. — Rapport sur la pratique des activités physiques et la ration alimentaire actuelle. (*Acad. Médic.*, 17 mars 1941).
- LEOBARDY (DE) et MARCLAND. — Sur la fréquence des tuberculoses malignes observées depuis six mois. (*Soc. Etudes Scient. de la tuberculose*, Lyon, 28 juin 1941).
- LESNE (E.). — Sur le rationnement alimentaire (à propos des cartes d'alimentation. (*Ac. Méd.*, 8 octobre 1940).
- LESNE. — L'alimentation des enfants dans l'éducation physique et les sports. (*Progrès Médic.*, n° 19-20, 10 mai 1941).
- LETULLE. — Le tuberculeux et la méthode « récalcifiante » de Ferrier. (*P. M.*, 1908, n° 24, p. 212).
- MACQUET et BRETON. — Gravité présente des tuberculoses rénales chez les jeunes. (*Soc. de Médéc. du Nord*, 29 nov. 1941).
- MACQUET et BRETON. — Situation actuelle de la tuberculose pulmonaire dans la région lilloise. (*Soc. de Méd. du Nord*, 29 novembre 1941).
- MAYER (A.). — Dangers de la sous-alimentation pour l'enfance et l'adolescence. (*Ac. Méd.*, 22 octobre 1940).
- MOINE (M.). — Un danger qui grandit : la tuberculose. (*Ac. Méd.*, 2 septembre 1941).
- MOLLARD, MASHAS et DURET. — Etude critique de l'emploi de la vitamine D à doses fortes chez les tuberculeux pulmonaires. (*Revue de la tuberculose*, n° 3-4-5, mars-avril-mai, 1942).
- MORHARDT. — Questions d'alimentation. (*P. M.*, 1^{er} août 1942, p. 493).

- MORIYAMA et HERRINGTON. — Action des facteurs climatiques et socio-économiques sur la mortalité au cours de la tuberculose pulmonaire. (*The Amer. Rev. of. tuber.* 39, n° 3, mars 1939, p. 305).
- MOURICAND. — Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose. (*Revue de la Tuberculose* 1923, *V^e Congrès National de la Tuberculose*. Strasbourg 1923).
- MOURICAND, MICHEL et BERTOYE. — Nouvelles expériences concernant l'évolution de la tuberculose expérimentale chez les animaux soumis à des régimes variés, restreints ou carencés. (*V^e Congrès de la Tuberculose*. Strasbourg, 1923).
- PARISOT. — Tuberculose en Allemagne et particulièrement dans les pays rhénans avant et pendant la guerre. (*Rev. Médic. de l'Est*, 1920, p. 236).
- PAUL (Christian). — Etude du « groupe familial » d'enfants en milieu tuberculeux. (*Thèse*, Paris 1936).
- PELLE. — La tuberculose médiastine du Noir. (*Ac. Méd.*, 10 février 1942).
- PERRAULT (M.). — Le déficit énergétique dans la ration alimentaire des travailleurs de force. (*Progr. Médic.*, 10 septembre 1942, n° 1, p. 372).
- PICARD et BRIAU. — Au sujet de la communication de MM. Vié, P. Bourgeois, Mlle Messin et M. Armand. (*Soc. Médico-psychol.*, 22 juin 1942).
- PRINZING. — La tuberculose après la guerre. (*Klin. Woch.*, 1922).
- La tuberculose aux Pays-Bas pendant et après la guerre. (*Beitr. Z. Klin. de Tuberk.*, 1922).
- RAMBOULT (Mme), FONROGET et ORSSAUD. — Etude du poids chez les étudiants, en rapport avec l'alimentation actuelle.
- RANDOIN (Mme) et RICHET (Ch.). — Rapport au nom de la Commission du Rationnement alimentaire sur le déficit en calcium de la ration actuelle. (*Ac. Méd.*, 29 juillet 1941).
- RANKE. — La Tuberculose en Bavière avant, pendant et après la guerre. (*Z. f. Tuberk.*, 1921).

RATHERY. — Sur la ration du sujet malade. (*Ac. Méd.*, 15 octobre 1940).

— L'exercice physique et l'alimentation. (*Ac. Méd.*, 18 février 1941).

RAVANET, GIRARD et BRUN (J.). — Considération sur la fréquence actuelle des adénites cervicales tuberculeuses chez les sujets âgés. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 3 février 1942).

RAVINA (A.) PECHER (Y.), BUCQUOY et Mme PUJOL (C.). — Fréquence et gravité actuelle de la tuberculose. (*Soc. Médic. Paris*, 30 mai 1941).

RICHEL (Ch.). — Sur la limitation temporaire des exercices physiques pendant la période des grandes restrictions alimentaires. (*Paris Médic.*, 27 janvier 1942).

RICHEL (Ch. et G.). — L'alimentation actuelle des parisiens. (*Paris Médic.*, 30 octobre 1942, n° 43, p. 226).

RIST. — Mortalité tuberculeuse en France et en Europe. (*Bull. Ac. Méd.*, 12 février 1935).

— Au sujet de la communication de Ravina, Pécher, Bucquoy et Mme C. PUJOL. (*Ac. Méd.*, 30 mai 1941).

RIST et AMEUILLE. — Forme présente des adénopathies tuberculeuses de réinfection. (*Soc. d'Et. Sc. Tub.*, 14 juin 1941).

ROSENFELD. — Les changements dans l'augmentation de la tuberculose en Autriche pendant la guerre. (*British Médic. Journal*, 27 novembre 1920).

SABRAZES, KIRCHE et DEPRECQ. — L'inversion nucléaire des neutrophiles à deux et trois noyaux. (Signe de Vélez) dans la tuberculose. (*Gaz. de Méd. Bordeaux*, 19 mai 1935, p. 305).

SAKKA. — Comment lutter contre une extension possible de la tuberculose dans les circonstances actuelles ? (*Soc. Et. Sc. Tub.*, 14 juin 1941).

SERGENT. — Tuberculose et carence. (*V^e Congrès de la Tuberc. Strasbourg*, 1923).

— Etudes cliniques sur la tuberculose : la tuberculose et la guerre. Maloine Edit. Paris.

- SERGEANT (E.). — Au sujet de la communication de Bezançon, Evrot et Moine. (*Ac. Méd.*, 30 juillet 1940).
- SEZARY. — L'influence des restrictions alimentaires en dermatologie. (*P. M.*, 11 janvier 1942).
- SIGWALD (J.). — Les vitamines et le régime de restrictions. (*Gazette Médic. de France*, premier numéro de janvier 1941).
- SODERSTROM. — La tuberculose à Helsingfors au cours des 120 dernières années. (*Zeits. f. Tub.*, t. LXV, n° 5-6, octobre 1932).
- SORREL et LASSERRE. — Evolution actuelle de la tuberculose chez l'adulte. (*Soc. de Médec. Chir. Pharm. de Toulouse*, octobre 1941).
- STINER. — Contribution à l'étude de l'action des vitamines dans le traitement de la tuberculose. (*Schweiz. Medic. Wochenschw.*, n° 39, 2 octobre 1926).
- TANON et DALIMIER. — La pratique des « Grands sports » et la sous-alimentation. (*Ac. Méd.*, 2 septembre 1941).
- TARIN. — Les examens radioscopiques systématiques. (*Concours Médical*, 1^{er} novembre 1942, p. 871).
- THEVENARD. — Culture du jardin familial et pratique des sports chez les ouvriers. (*P. M.*, 7 novembre 1942, n° 48).
- TROISIER, BARIETY et BROUET (G.). — La primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte jeune. (*P. M.*, 1941, n° 104-105).
- TROISIER, BARIETY et BRISSAUD. — De la valeur de quelques tests hématologiques dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire.
- TROISIER et MOINE. — Essai d'évaluation de la morbidité tuberculeuse en France, de 1936 à 1938. (*Revue Médic.*, n° 89-90).
- VICENTI. — Quelles conclusions impose la symptomatologie actuelle de la tuberculose pulmonaire ? (*Marseille Médical*, n° 17, 1^{er} décembre 1941).
- VIE, BOURGEOIS (Pierre), Mlle MESSIN et ARMAND. — La tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux psychiatriques, en période de sous-alimentation. (*Soc. Médic. Psychol.*, 22 juin 1942).

WAREMBOURG, BOULANGER, SWYNGHEDAUW et POITEAU. — Les préca-
rences dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. (*Soc.
de Méd. du Nord*, 20 novembre 1941).

— Tuberculose et précarences. (*Soc. Et. Sc. Tub.*, 9 mai 1942).

WAREMBOURG, BOULANGER et BOCQUET. — Abaissement actuel du
phosphore lipidique du sérum dans la tuberculose. (*Soc.
Médic. du Nord*, 29 mai 1942).

WEILL-HALLE. — Du danger de contamination tuberculeuse par le
personnel des services d'enfants (maternité, crèches, hôpi-
taux) et ses conséquences pratiques.

